1917 Fasc. 52.

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

Prof. VITTORIO ASCOLI, REDATTORE CAPO



SEZIONE PRATICA

Vol. XXIV — Anno 1917

ROMA

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1917

COLLABORATORI EFFETTIVI

DELLA SEZIONE PRATICA PER IL 1917

Prof. **FRANCESCO DURANTE,** Direttore

Prof. **VITTORIO ASCOLI,** Redattore-capo

Aguzzi dott. Angiolo - Roma.
Alajmo dott. Libertino - Girgenti.
Alessandri prof. Roberto - Roma.
Alessandrini prof. Paolo - Roma.
Angiolani dott. Argeo - Ancona.
Antonucci dott. Cesare - Roma.
Aperlo prof. Giovanni - Pavia.
Arullani prof. Pier Francesco - Torino.
Ascarelli prof. Attilio - Roma.
Baggio prof. Gino - Roma.
Baglioni prof. Silvestro - Sassari.
Balboni dott. Francesco - Ferrara.
Baldoni prof. Alessandro - Cagliari.
Barile prof. Cesare - Pisa.
Bartolone dott. Gioacchino - (Zona di Guerra).
Basile dott. Giovanni - Catania.
Bastianelli prof. Raffaele - Roma.
Bilancioni prof. Guglielmo - Roma.
Bolognini prof. Pirro - Ferrara.
Bompiani dott. Gaetano - Roma.
Bonacini dott. C. - Modena.
Borini dott. Agostino - Torino.
Boschi prof. Gaetano - Ferrara.
Bossi prof. Luigi Maria - Genova.
Breccia dott. Gioacchino - Genova.
Bussa Lay dott. Enrico - Venezia.
Calò dott. Vittorio - Roma.
Camera dott. Ugo - Torino.
Campana prof. Roberto - Roma.
Campani prof. dott. Arturo - Brescia.
Canali dott. Mario - Fornovo di Taro.
Canestro prof. Corrado - (Zona di Guerra).
Capogrossi prof. Achille - Ascoli Piceno.
Carpi prof. Umberto - Pavia.
Castorina Sanfilippo dott. Giuseppe - Catania.
Cattaneo dott. P. - Genova.
Cecchetelli-Ippoliti dott. Tullio - Ancona.
Ceconi prof. Angelo - Torino.
Cerchione dott. Luigi - (Zona di Guerra).
Ceresole prof. Giulio - Venezia.
Cherubini prof. Lorenzo - Roma.
Chiadini dott. Massimo - Forlì.
Chiasserini prof. Angelo - Roma.
Chiavaro prof. Angelo - Roma.
Cirincione prof. Giuseppe - Roma.
Ciuffini prof. Publio - Roma.
Condorelli-Francaviglia prof. Mario - Catania.
Curcio prof. Attilio - Napoli.
D'Alessandria dott. Piero - Roma.
D'Alessandro dott. Francesco - (Zona di Guerra).
De Vecchis dott. Beniamino - Napoli.
Dian dott. Antonio - Venezia.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Durante prof. Francesco - Roma.
Egidi dott. Guido - Roma.
Faralli dott. Celestino - (Zona di Guerra).
Fasano dott. Mario - Asti.
Ferreri prof. Gherardo - Roma.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fiori prof. Paolo - Modena.
Flamini dott. Mario - Roma.
Forlì prof. Vasco - Roma.
Gaifami dott. Paolo J. - Roma.
Galli prof. Giovanni - Roma.
Gazzetti prof. Carlo - Modena.
Gazzotti dott. Luigi Giovanni - Roma
Ghilarducci prof. Francesco - Roma.
Giugni prof. Francesco - Roma.
Grego dott. E. - (Zona di Guerra).
Grossi dott. Vincenzo - Roma.
Grossi dott. Ennio - Roma.
Guangiroli dott. Emilio - Saronno.
Guidi prof. Luigi - Roma.
Iovene dott. Antonio - (Zona di Guerra).
Isnardi prof. Ludovico - Vercelli.
Izar prof. Guido - Catania.
Jemma prof. Rocco - Napoli.
Jona prof. Giuseppe - Venezia.
La Torre prof. Felice - Roma.
Laureati prof. Francesco - Foligno.
Leocata dott. Filippo - Biancavilla.
Leporini dott. Francesco - S. Donà di Piave.
Lollini dott.ssa Clelia - Roma.
Longo dott. Luigi - Torino.
Losio dott. Livio - Castelsangiovanni.
Luzzatti prof. Luigi - Roma.
Maffi dott. Attilio - Ferrara.
Mancioli prof. Tommaso - Roma.
Maragliano prof. Edoardo - Genova.
Maragliano prof. Vittorio - Genova.
Marfori prof. Pio - Napoli.
Mariconda dott. Paolo - Roma.
Marinacci dott. Sertorio - Roma
Masci dott. Bernardino - Roma.
Masnata prof. Giovanni - Stradella.
Masserini dott. Provino - Pavia.
Massalongo prof. Roberto - Verona.
Massimi dott. Giuseppe - Roma.
Mendes dott. Guido - Roma.
Merighi dott. Mario - Mirandola.
Micheli prof. Ferdinando - Firenze.
Minelli dott. Spartaco - (Zona di Guerra).
Moncalvi dott. Ludovico - Cornate d'Adda.
Montenovesi prof. Vincenzo - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Monti dott. Giuseppe - Bergamo.
Morelli prof. Eugenio - Pavia.
Morelli dott. Giovanni - Fontanelle di Oderzo.
Moreschi prof. Carlo - Sassari.
Mosti dott. Renato - Firenze.
Murri prof. Augusto - Bologna.
Nazari prof. Alessio - Roma.
Nigrisoli dott. Pietro - Bologna.
Ottolenghi prof. Salvatore - Roma.
Paleani dott. Ottavio - Ancona.
Paoletti dott. Verecondo - (Zona di Guerra).
Parasporo dott. Antonino - Roma.
Pende prof. Nicola - Palermo.
Perez prof. Giuseppe - Pavia.
Perna prof. Amedeo - Roma.
Piccardi prof. Girolamo - Torino.
Piccinini prof. Guido Maria - Bologna.
Pierucci dott. Goffredo - Livorno.
Pignataro dott. Luigi - Galeata.
Piperno prof. Arrigo - Roma.
Pisanò dott. Giuseppe - (Zona di Guerra).
Pistocchi dott. A. G. - Ferrara.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Ranelletti prof. Aristide - Roma.
Rivalta dott. Raffaele - Forlì.
Romanelli dott. Ilario - Roma.
Romanelli dott. Romolo - Quarata.
Roncoroni prof. Luigi - Parma.
Rossi Doria prof. Tullio - Roma.
Ruggi prof. Giuseppe - Bologna.
Russo prof. Vincenzo - Cefalù.
Sabatini prof. Giuseppe - Roma.
Sabella prof. Pietro - Roma.
Sampietro prof. Gaetano - Roma.
Sanarelli prof. Giuseppe - Roma.
Scala prof. Alberto - Roma.
Satta prof. Giuseppe - Torino.
Scalone prof. Ignazio - Napoli.
Schiassi prof. Benedetto - Bologna.
Sebastiani dott. Antonio - Roma.
Segale prof. Mario - Genova.
Serena prof. Mario - Roma.
Silvestri prof. Torindo - Modena.
Sisto prof. Pietro - Torino.
Sofia dott. Antonio - Zagarolo.
Soresi prof. Angelo - New York.
Stretti dott. Gio. Batt. - Bologna.
Stufler dott. Giuseppe - Modena.
Tamburini prof. Augusto - Roma.
Tansini prof. Iginio - Pavia.
Testoni dott. Giuseppe - Bologna.
Tizzoni prof. Guido - Bologna.
Trabacchi prof. Giulio C. - Roma.
Tramonti prof. Ernesto - Roma.
Trincas prof. Giuseppe - Cagliari.
Trocello dott. Enrico - Roma.
Turtur prof. Giuseppe - Roma.
Vannutelli dott. Federico - Roma.
Verdozzi prof. Carlo - Roma.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Viana dott. Odorico - Verona.
Vignolo-Lutati prof. Carlo - Torino.
Volpino prof. Giuseppe - Torino.
Zannelli dott. Pietro - Roma.
Zanetti dott. Giovanni - Bologna.
Zapelloni dott. Lorenzo Cesare - Roma.

INDICE GENERALE

Vol. XXIV - 1917

Indice per rubrica

OSSERVAZIONI CLINICHE.

RIVISTE SINTETICHE.

CONFERENZE.

STRUMENTI ED APPARECCHI NUOVI.

NOTE DI TECNICA.

MEDICINA E IGIENE SOCIALE.

SERVIZI SANITARI.

CONTRIBUTI ORIGINALI VARI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE CONGRESSI.

INTERESSI PROFESSIONALI.
(Nella vita professionale).

NOSTRE CORRISPONDENZE.

NECROLOGIE.

BIOGRAFIE.

SUNTI E RASSEGNE, vedi l'*Indice delle materie;* APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO, vedi l'*Indice delle materie;* CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE; ATTI PARLAMENTARI; CONCORSI; NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE; NOTIZIE, vedi alla fine dei singoli fascicoli.

Indice alfabetico delle Materie

B

C

D

E

F

N

O

P

R

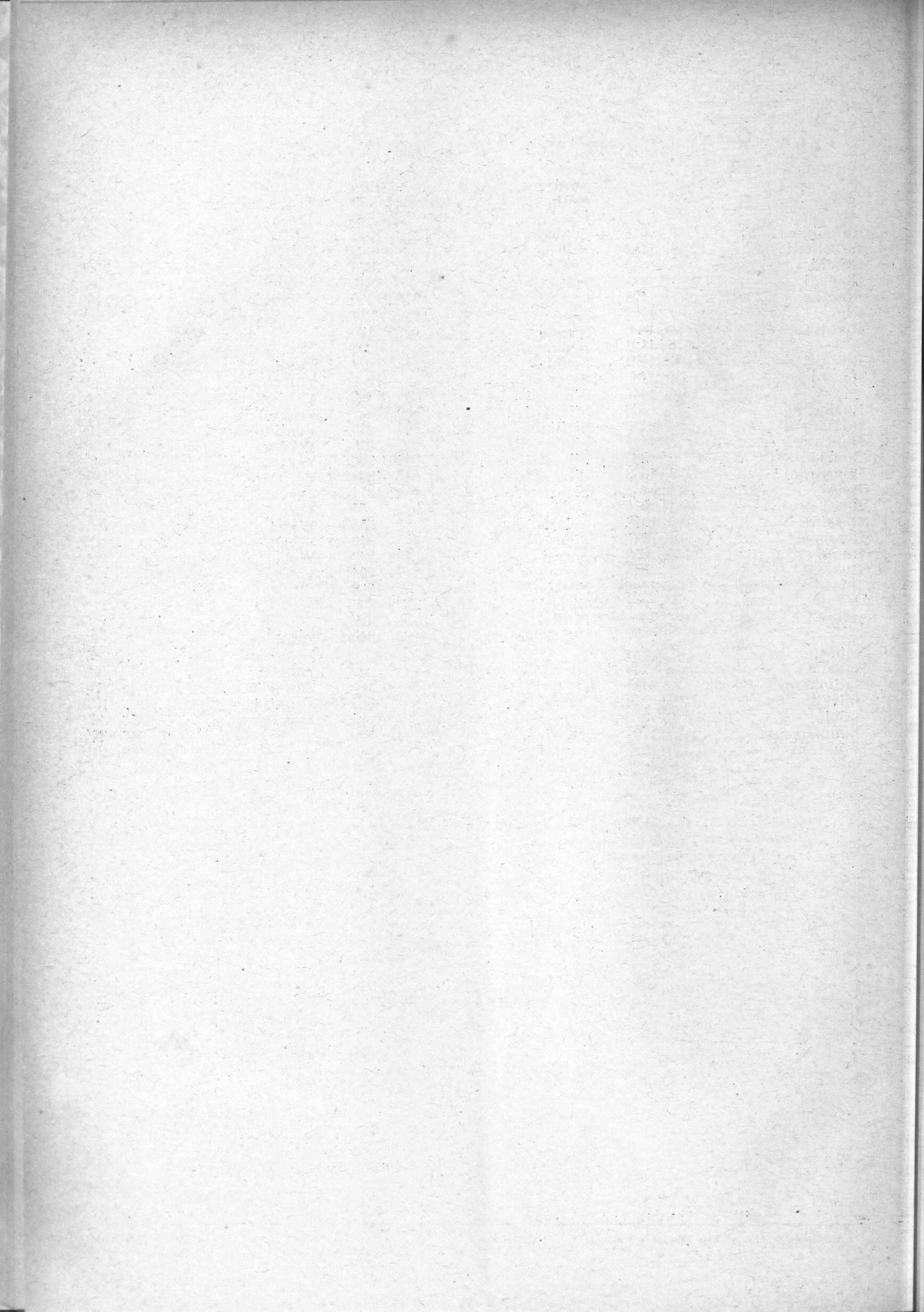
S

T

Indice alfabetico degli Autori italiani

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali

L. Pozzi, *resp.*



Indice alfabetico delle memorie originali pubblicate nell'anno 1917 sulla

Sezione Medica del "POLICLINICO,,

Volume XXIV (1917)

Indice alfabetico delle memorie originali pubblicate nell'anno 1917 sulla *Sezione Chirurgica* del " POLICLINICO ,, diretta dal prof. FRANCESCO DURANTE.

Volume XXIV (1917)

Anno XXIV. Roma, 1 gennaio 1917 Fasc. 1°

IL POLICLINICO

Fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Ai medici italiani.

Il 1916, mentre ha svolto la poderosa e fortunata azione delle nostre armi di terra e di mare, ha vieppiù rinsaldata la compagine delle forze interiori che concorde lavora a preparare la guerra e ad alleviarne i dolori, le pene e le miserie. I medici hanno gareggiato con le altre classi di cittadini; tanto sui campi di battaglia, quanto nelle opere di assistenza umana, essi hanno benemeritato della patria: coraggiosi, colti, pietosi ed infaticabili.

Il *Policlinico*, che ha avuto sempre il privilegio di essere un giornale *vivo*, ha rispecchiato ancora fedelmente, in tutte le sue manifestazioni, la multiforme opera dei medici nostri. Esso rivede con soddisfazione a fin d'anno tutto il lavoro compiuto dai colleghi, ed è orgoglioso di averlo accolto, facilitato e in qualche parte arginato e diretto. Più ancora che negli altri anni, il *Policlinico* è l'espressione collettiva dell'attività dei medici italiani.

Non sapremmo mai abbastanza ringraziare i colleghi di così viva e bella cooperazione, di così smisurata fiducia. Abbiamo cercato di corrispondere loro, mirando alla nobiltà del nostro ufficio, con la serena visione della realtà, con l'obbiettività e soprattutto con la libertà dei giudizi, con la corretta castigatezza della forma. In tal guisa l'aperta discussione di problemi delicati e complessi che si sono affacciati numerosi nel corso dell'anno, e la vigile tutela dei diritti della classe medica e delle sue singole categorie, non hanno lasciato strascichi, e poche volte han fatto sì che i fulmini della censura levigassero il piombo dei nostri caratteri.

Con sforzi e sacrifici abbiamo svolto l'opera nostra a causa della riduzione, sia stata pur lieve, di pagine, cui la scarsità e lo sproporzionato aumento di costo della carta han costretto l'Amministrazione.

Ma entrando nel suo XXIV anno di vita, il *Policlinico* intende conservare e rinsaldare, pur tra le distrette dei tempi presenti, la solida struttura per cui ha raggiunto un successo di anno in anno progressivo.

Non è chi non veda come nell'attuale spaventoso sacrificio di vite umane siano i germi di una vita nuova per le nazioni e per gli individui. È il momento di tendere l'orecchio a tutte le voci, di esaminare tutti i buoni propositi, di utilizzare tutte le energie. Nessuna economia di spazio è possibile per noi, se vogliamo continuare a rappresentare il grande movimento nel campo clinico e nel campo degli interessi professionali dell'Italia in via di rinnovamento.

L'Amministrazione e la Redazione, accordatesi nel concetto informativo che il *Policlinico* dovesse riprendere intero il numero normale di pagine ed anzi dovesse godere dell'eventuale aumento di spazio a seconda dei bisogni, hanno convenuto pure che fosse necessario chiedere un piccolo temporaneo contributo ai nostri fedeli abbonati. Questa sicura testimonianza della loro fiducia ci spronerà non solo a persistere con pertinacia nelle finalità a cui i sommi clinici Baccelli e Durante hanno fin dal suo nascere indirizzato il *Policlinico*, ma ad accrescere la nostra efficienza, scegliendo il materiale con critica più severa, ed affrontando ogni questione con quella maggior larghezza e indipendenza di giudizi che i tempi richiedono.

Nell'intima ed estesa penetrazione della loro scienza in tutte le manifestazioni della vita odierna, nel diuturno contatto con la realtà, nell'abitudine a risolvere problemi gravi, i medici sono i primi a sentire i tempi nuovi.

Uomini della vigilia, dobbiamo prepararci ad una più rigorosa disciplina individuale, ad una più larga partecipazione alla vita sociale, con maggiore responsabilità e sacrificio di noi medesimi, ad un più acceso amore per la nostra terra, per il nostro patrimonio scientifico.

Se il *Policlinico* vuole così trasformarsi per sentirsi degno di rappresentare i nostri medici, essi lo aiutino con ogni mezzo: insieme collaboreremo all'edificio di un'Italia sempre meglio preparata ai maggiori destini.

La Redazione.

PER IL 1917

L'Amministrazione del *Policlinico*, pur di rimanere fedele ai propri impegni verso gli abbonati, ha sopportato intero, per due anni, il grave peso dell'enorme aumento nelle spese di produzione del giornale, e lo stesso farà per il 1917, non ostante il continuo crescere del costo della carta e della mano d'opera. Solo chiede un lieve temporaneo contributo di lire *tre* in più del solito prezzo di abbonamento, che sarà abbondantemente compensato, sia dal maggiore numero di pagine di testo, necessario perchè il giornale risponda alle cresciute esigenze di questi tempi eccezionali, sia dal mantenimento di tutti quei vantaggi, ora più che mai onerosi per l'amministrazione, che gli associati hanno sempre goduto gratuitamente (posta degli abbonati, risposta a quesiti e a domande, informazioni, ecc.) e sopratutto dall'interessante premio per il nuovo anno, compilato esclusivamente per i nostri abbonati, e che per sè solo assorbe più di metà del prezzo di abbonamento.

Il piccolo temporaneo aumento quindi, più che alleviare il peso finanziario dell'Amministrazione, tornerà a tutto beneficio degli stessi abbonati e il *Policlinico* continuerà sempre ad essere il giornale medico più a buon mercato dell'Italia e dell'estero.

Abbonamenti per il 1917:

	ITALIA	ESTERO	
Alla sola sezione pratica	L. 15.—	Fr. 20.—	oro
Alla sezione medica o chirurgica e alla sezione pratica	» 20.—	» 30.—	oro
Alle tre sezioni unite	» 25.—	» 35.—	oro

Per le spese di spedizione del Premio ordinario, unire all'importo d'abbonamento 60 centesimi se per l'Italia, o fr. 1 se per l'Estero

Premio ordinario per il 1917.

Tutti gli associati al *Policlinico* che spediranno subito il prezzo di abbonamento riceveranno l'interessante volume, ora in corso di stampa, dal titolo:

OSTETRICIA MODERNA PER I MEDICI PRATICI

del Prof. T. ROSSI DORIA.

Sarà un volume di circa 500 pagine riccamente illustrato. (*In corso di stampa*).

Il nome del chiaro autore è per sè solo arra sicura che il nostro premio del 1917, come al solito preparato esclusivamente per gli abbonati al *Policlinico*, risponderà ai progressi di questa importante branca della medicina e alle esigenze dei medici pratici, i quali troveranno in detto manuale quanto occorre per essere posti al corrente dei nuovi studi e per portare nella pratica quotidiana i lumi e i metodi suggeriti dalle più recenti esperienze in materia di ostetricia.

Abbonamenti cumulativi per il 1917

LE MALATTIE DEL CUORE E DEI VASI

Rivista mensile illustrata
che si pubblica in Roma il 1° di ogni mese

ABBONAMENTO ANNUO:
per l'Italia: **L. 12** — Estero: **Fr. 18**

Per gli abbonati al **Policlinico:**
Italia: **L. 7** — Estero: **Fr. 13**

ANNALI D'IGIENE

Pubblicazione mensile
in fascicolo di 48-64 pagine, illustrata

ABBONAMENTO ANNUO:
per l'Italia: **L. 15** — Estero: **Fr. 20**

Per gli abbonati al **Policlinico:**
Italia: **L. 10** — Estero: **Fr. 15**

ANNALI DI ODONTOLOGIA

Periodico mensile illustrato che si pubblica in Roma in fascicoli di 64 pagine

Abbonamento annuo: ITALIA **L. 12** — ESTERO **Fr. 18**
Per gli abbonati al **Policlinico:** ITALIA **L. 8,50** — ESTERO **Fr. 15**

LA CLINICA OSTETRICA

Periodico quindicinale di ostetricia, ginecologia e pediatria per i medici pratici

Abbonamento annuo: Italia L. 6 - Estero Fr. 8 — Per gli abbonati al **Policlinico** Italia **L. 4** - Estero **Fr. 6**

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

MANICOMIO PROVINCIALE DI ROMA
A SANT'ONOFRIO IN CAMPAGNA

La " Spirochaeta pallida „ nel sistema nervoso centrale di feto a termine di una demente paralitica.

Prof. AUGUSTO GIANNELLI, direttore.

La presenza della spirochaeta pallida nel sistema nervoso centrale dei feti eredoluetici è stata ripetute volte accertata. Invece non credo che siano state eseguite ricerche sulla presenza della spirochaeta pallida nel prodotto del concepimento di donna affetta da paralisi progressiva. Esistendo nel mio materiale anatomico il sistema nervoso centrale di un feto proveniente da donna paralitica, ho eseguito la ricerca suddetta e della quale espongo il risultato.

D'Agostini L...., internata nel Manicomio di S. Maria della Pietà il 5 giugno 1907. Nel modulo informativo redatto dal sanitario dell'Ospedale dal quale è stata inviata al Manicomio è detto che è luetica, che ha avuto 8 figli nati a termine ma tutti morti all'ultimo momento. L'inizio della malattia si fa rimontare a più di due anni. L'esame obbiettivo dimostra i segni classici di una demenza paralitica: anisocoria (D > S); iridoplegia sinistra; iridoparesi destra; disartrie; voce gutturale; tremori nei muscoli periorali e nelle mani estese; tendinei superiori vivaci; rotuleo destro vivace; rotuleo sinistro debole; attenzione scarsa e labile; orientamento imperfetto; gravi dsiturbi di memoria. La paziente si lamenta di essere diventata tisica. È sudicia. Si trova in stato di gravidanza inoltrata. Nella notte del 13 luglio si sgrava di un feto a termine di sesso femminile, morto nell'atto di nascere.

Nell'ottobre 1907 si manifestano segni di gangrena secca nell'arto superiore sinistro e negli arti inferiori. La malata muore il 6 ottobre alle ore 14,45.

Autopsia. — Peso dell'encefalo colle pie meningi gr. 950; dura madre aderente alla calotta; meningi molli sottili, si asportano senza decorticazione; grave atrofia dei giri cerebrali; rammollimento bianco, grande 1-1 ½ mm. nell'emisfero cerebellare sinistro vicino al peduncolo cerebellare medio, ecc.

L'esame microscopico della corteccia cerebrale (giro retto, frontale ascendente, frontale primo, temporale primo, scissura calcarina), mette in evidenza il reperto classico della paralisi progressiva.

Il feto di sesso femminile è lungo 40 cm., pesa kg. 3; la superficie cutanea è normale; la circonferenza cranica orizzontale massima è di cm. 30. L'autopsia non fa rilevare alcuna anomalia od alterazione: il peso dell'encefalo è di gr. 345; la dura madre è normale, le pie meningi appariscono normali; normali i giri per lo sviluppo ed andamento. Normali la cavità vertebrale, la dura madre spinale ed il midollo spinale.

Metà dell'encefalo e metà del midollo vengono conservate in alcool a 96, mentre le altre metà si conservano in formolo al 10 %. Piccoli blocchi dei vari giri cerebrali, della corteccia cerebellare e del midollo spinale, sono stati adoperati per la ricerca della spirochaeta pallida, sia col metodo Levaditi che con quello del Nogouchi. Le sesioni del midollo spinale sono state fatte orizzontali (perpendicolari all'asse) e verticali.

Nei preparati col metodo Levaditi si è sempre ottenuta la colorazione nera di molte fibre e fibrille, così che essi non si prestano bene per la ricerca della spirochatea. Nei preparati alla Nogouchi quasi sempre è mancata la colorazione nera del tessuto nervoso, presentandosi così facilitata la ricerca del parassita.

Nelle meningi molli cerebrali e cerebellari e spinali, non ispessite, non è stato trovato il parassita. Non esistono emorragie nel tessuto nervoso. Nella corteccia cerebrale la spirochaeta è stata trovata quasi sempre nelle vi-

cinanze più o meno immediate delle cellule nervose (vedi disegno n. 1). Raramente si sono veduti frammenti di spirochaeta dentro la cellula nervosa molto alterata. Non è stata trovata la spirochaeta nello strato superficiale della corteccia e negli assi midollari.

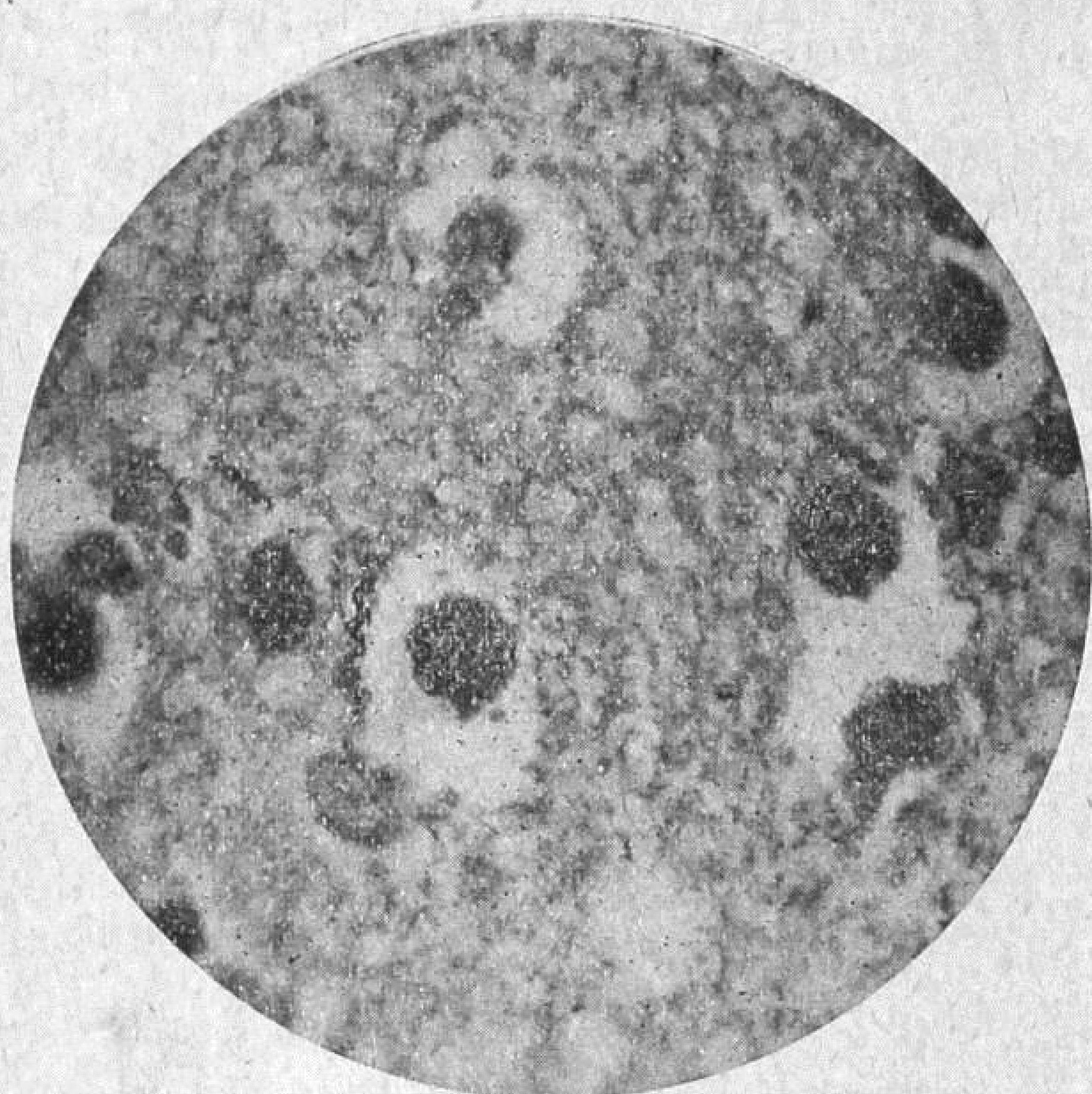


Fig. 1.
Microscopio Zeiss. Lung. tubo 160; obb. 2 (im. omog.) Oculare compens. 6.

Non vi è differenza tra le varie aree corticali esaminate: si alternano zone senza spirochaeta con altre in cui il parassita è scarso ed altre in cui è abbondante, senza che risultino rapporti apprezzabili collo stato della struttura del tessuto nervoso. Nelle vicinanze dei vasi sanguigni cerebrali e cerebellari o dentro il lume di essi la spirochaeta non è stata mai trovata.

Il parassita si è presentato spesso rettilineo, o curvo; meno frequentemente colla forma classica di cavaturacciolo, come è nel disegno n. 1 proveniente dalla microfotografia di un preparato della circonvoluzione frontale ascendente. È corto o lungo; non mancano forme lunghissime, ma qui però l'esame accurato fa riconoscere che si tratta della unione di due o più spirochaetae.

Non infrequentemente le estremità del parassita appariscono arrotondate, mentre le rare forme a cavaturacciolo quasi sempre finiscono colla estremità assottigliata. Mai si è trovata una fibrillazione longitudinale.

La superficie del parassita è stata trovata sempre liscia, cioè senza granulazioni aderenti. Si sono trovati piccoli corpi rotondeggianti, o isolati o ravvicinati a due, coloriti in nero come la spirochaeta, più o meno distanti da una spirochaeta, e circondati da un alone chiaro.

Nella corteccia cerebellare il parassita è stato trovato solo nello strato dei granuli.

Nel midollo spinale le ricerche sono riuscite negative sempre nelle sezioni orizzontali: in quelle verticali sono state positive due volte; la prima nella avventizia della arteria di una radice spinale emergente dal midollo (vedi disegno n. 2, microfotografia) e l'altra tra i fascetti nervosi di una radice spinale poco lontano da un vaso sanguigno: in tutti e due i preparati il parassita si presenta a spirale.



Fig. 2.
Midollo spinale. Sezione longitudinale.
Microscopio Zeiss. Lung. tubo 160; obb. 2 (im. omog.)-Oculare compens. 6.

La spirochaeta pallida è stata dimostrata in quasi tutti gli organi dei feti affetti da sifilide ereditaria. Il parassita si ritrova in maggiore quantità nei tessuti colpiti dalle alterazioni anatomiche specifiche, ma può trovarsi anche in organi ed in tessuti apparentemente sani. Essa inoltre tende ad accumularsi nei tessuti epiteliali (Pansini, Levaditi, Entz); così si trova nell'epitelio di rivestimento dei bronchi, in quello dei canalicoli centrali del rene, in quella delle ghiandole sudorifere, ecc.

Nel sistema nervoso centrale degli eredoluetici la spirochaeta è stata studiata dal Ranke (1) e dal Sandri (2). Ambedue affermano che il numero delle spirochaetae è in rapporto colla gravità delle alterazioni presentate dal tessuto. Il Sandri fa rilevare che egli non può affermare con sicurezza di aver visto il parassita o suoi prodotti regressivi nel protoplasma di qualche elemento cellulare; mentre il Ranke avrebbe veduto prodotti degenerativi di spirochaeta nel protoplasma di una grossa cellula rotonda della pia, come già avevano osservato Levaditi e Freuenlein. Il Sandri ha trovato poi che le spirochaetae erano abbondanti (massime nel caso V) nelle numerose emorragie esistenti e nelle loro vicinanze.

(1) Ranke e Ueber Gehirnveränderungen bei der angeb. Syphilis. *Zeitschr. f. d. Behandlung des jugend. Schwachsinns.* Bd. II, 1908.

(2) SANDRI. *La sifilide ereditaria del sistema nervoso.* Società editrice libraria, 1911.

Riguardo ai vasi sanguigni le ricerche del Sandri collimano con quelle del Ranke il quale trovò, solo raramente, qualche spirochaeta nella tunica media dei vasi meningei e cerebrali, mentre ne potè osservare in grande quantità fra i tessuti connettivi dell'avventizia. Sandri le trova numerose nelle meningi e nei vasi meningei, nei vasi situati in prossimità dell'ependima dei ventricoli laterali tra gli elementi dell'intima e dell'avventizia, nei manicotti di infiltrazione e nei focolai emorragici che circondavano il vaso.

Il reperto della spirochaeta tra le fibre di un fascetto radicolare del midollo spinale nel prodotto del concepimento di demente paralitica, richiama la presenza di essa nei nervi cocleare e faciale messa in evidenza dal Grünberg (1) in un caso di lue ereditaria.

I reperti del Ranke e del Sandri presentano alcune differenze in confronto di quanto è stato da me rilevato nel prodotto del concepimento di paralitica progressiva. Mentre in quelli la spirochaeta si trova con frequenza nella pia e nei vasi, con abbondanza nelle emorragie e rispettiva vicinanza, ed il numero è in relazione colla intensità delle alterazioni del tessuto; in questo la spirochaeta non si è trovata nelle meningi e negli strati superficiali della corteccia e negli assi midollari e nei vasi cerebrali; solo nei vasi del midollo spinale la si è messa in evidenza con grande difficoltà una volta. Essa risiede per lo più nelle vicinanze delle cellule nervose, raramente nel mezzo del tessuto; e la sua presenza non segue la intensità delle alterazioni di questo.

Un solo reperto non autorizza ad assegnare alle differenze suddette una qualche importanza. Tali differenze dicono, a me sembra, essere necessario estendere il numero delle ricerche nei prodotti del concepimento di donne affette da paralisi progressiva. È da notarsi poi che nel mio caso la donna fu fecondata quando la malattia (paralisi progressiva) si era già stabilita, e che il feto non presentava segni riconoscibili macroscopici di eredo-lue.

Sarebbe stato di grande interesse esaminare il marito della donna, sia dal lato neurologico che dal lato sierologico. Però non mi è stato possibile avere notizia alcuna di lui.

---

(1) Verhandlungen der deutsch. otol. Gesellschafts, 1911, I, 245.

Pubblicheremo prossimamente:

T. Pontano: *La cura delle ferite craniche di guerra.*

SERVIZI SANITARI.

Insegnamenti della guerra sui servizi sanitari campali

per il magg. medico dott. Guido Mendes.

Quando, sedici mesi or sono, anche l'Italia entrò nel conflitto Europeo, tutta la macchina dell'organizzazione sanitaria di guerra si mise in azione, senza che fosse possibile di modificarla e di renderla più idonea ai bisogni della guerra dell'oggi

Dai magazzini e dai depositi cominciarono ad uscire i pesanti carri di sanità, dalle molteplici cassette piene di ogni sorta di cose più o meno utili, destinati poi a rimaner in massima parte apparcati alle stazioni di base dei reparti carreggiati; sortirono le casse, i cofani, i cofanetti e gli zaini dal lucente armamentario demolitivo; si formarono i comandi e le direzioni delle unità sanitarie di guerra, si riunirono i soldati, improvvisati infermieri, ed i lunghi treni stracarichi portarono rapidi tutto ciò verso i confini della Patria in armi.

Era presso a poco, con qualche modificazione imposta dalle esigenze moderne, la stessa organizzazione sanitaria delle antiche guerre della nostra indipendenza che si apparecchiava a soccorrere i gloriosi feriti di questa ultima nostra guerra di liberazione!

La strage Europea infuriava già da parecchi mesi e nessuno di noi, in quel periodo, aveva teso l'orecchio agli ammaestramenti che ci venivano dai nuovi fatti, nessuno pensò (forse non se n'era più a tempo) a modificare la compagine che stava per entrare in azione. Forse occorreva aver vissuta la guerra moderna, guerra essenzialmente di posizione e di trincea, per avere il coraggio di romperla con le tradizioni e di stabilire tutto un nuovo ordinamento più semplice e più adatto.

Pure il nemico nostro tradizionale aveva già da tempo provveduto a formare ai nostri confini lunghi e complicati ordini di fortificazioni campali. Si sapeva ormai che gli uragani di ferro e di fuoco che infuriano intorno alle truppe combattenti, si estendono alle retrovie mediate ed immediate, e che, se angoli morti dovuti ad eccezionali situazioni del terreno, quali si possono verificare forse soltanto fra le balze Cadoriche o Trentine, non lo vietino, ogni casolare, ogni baracca, ogni tenda, sia o non contrassegnata da segni di neutralità, è soggetta ad esser travolta da un momento all'altro dal fuoco, solo che un po' di

maggior movimenti nei dintorni lusinghi i bravi artiglieri avversarii a tentare un qualche bel colpo!...

I moderni medii calibri 105-150 dell'artiglieria battono agevolmente a 15-20 chilometri dalla bocca del pezzo e non si vide che era ingenuo pensare che da tre a cinque chilometri dalla linea di fuoco, in aperta campagna, sezioni di sanità ed ospedaletti da campo potessero impiantare le loro grandi tende da ricovero o, installatisi in qualche fabbricato che ben si prestasse, assolvere alla loro opera senza esporre a sicuro quanto inutile sacrificio i feriti stessi che si volevano soccorrere, nonchè il personale di cura e di assistenza.

Ora, finchè, chiusi gli occhi alla realtà, si continuerà a ripetere, come al tempo in cui un fucile da guerra aveva una portata di poco maggiore di quella di un comune schioppo da caccia, che nell'imminenza di un'azione la sezione di sanità «s'impianta in prossimità delle riserve divisionali» e che «durante l'azione, mentre una parte di sezione lavora, l'altra metà, seguendo i movimenti delle truppe (!), procede ancora, per impiantarsi in altra località più avanzata» e che infine «terminata l'azione, gli ospedaletti da campo vengono a collocarsi a fianco delle sezioni per disimpegnarle e proseguirne il lavoro» ben poco di utile si fa per l'andamento del servizio sanitario in guerra, ed ancora meno in pro' dei nostri valorosi e cari feriti.

E per gli ospedali da campo più grandi e più importanti, gli ospedali così detti da 100 e da 200 letti, che si prevedeva dai regolamenti?

«In previsione di una battaglia essi si fer-
«mano a circa una giornata di marcia dalla
«zona dell'azione per poi, a combattimento ini-
«ziato, avanzarsi ancora ed andarsi a piazza-
«re in località opportuna, ecc., ecc.».

Tutti noi, che abbiamo vissuto la guerra, sorridiamo ormai a queste ingenue quanto idilliache visioni, noi che abbiamo visto che questi ospedali da campo, trattenuti in massima per necessità impellente di cose a 30 a 50 chilometri in media dalla zona di azione, si sono tutti quanti più o meno immobilizzati, starei per dire, se la parola mi fosse lecita, *territorializzati*, si sono aggiunti una quantità di organi e di dotazioni se pure utili e necessarie non contemplate da nessun indice di caricamento e... per lo più non si sono mossi dalla località del primo impianto!

Unico ricordo della loro qualità castrense qualche tenda da ricovero facente bella o piuttosto brutta mostra di sè in un cortile e... le bellicose bandierine campali sventolanti sui pacifici muri di una strada cittadina!...

Le stesse ambulanze chirurgiche che pure hanno prestato e prestano, in località più arretrate ed adatte, utili servizii, erano state create in principio con l'idea che potessero adempiere all'opera loro presso la linea di fuoco, onde i soldati «appena feriti potessero essere sottoposti alle operazioni chirurgiche più gravi e più complicate»!

Ahimè quale delusione abbiamo poi tutti provato, vedendo una di tali avanzate ed ardimentose formazioni funzionare... nel cortile di un ospedale territoriale, trovandone altre che si limitavano a far la concorrenza agli ospedali da campo, e neppure ai più avanzati, a cui si erano affiancate, ed ai quali, valentia di insigni operatori e ricchezza di presidii chirurgici a parte, nulla avevano di superiore come ambiente, *comfort* per gli operati, ecc., ecc.

E ciò non certo per mancanza di valor militare nei chirurgi e nei loro assistenti, ma per la ragione molto semplice che era *materialmente impossibile* che presso le truppe combattenti nelle trincee, o presso i loro rincalzi affondati nei ricoveri di seconda o terza linea, o nelle retrovie, o nei rovesci delle posizioni ricercati e battuti metro per metro dal fuoco nemico, potessero trovar luogo ed agio di funzionare le ambulanze chirurgiche!

No, non è là, che fra i sibili e gli scoppii dei colpi in arrivo, il chirurgo può operare o il medico osservare serenamente l'ammalato, non è là, che gli operati possono trovar la calma e la quiete tanto loro necessaria; là possono i medici reggimentali, curvi nei ricoveri e nei camminamenti, far qualche medicazione urgente, applicare qualche fasciatura, qualche apparecchio provvisorio, ed anche questo con maggior pena e disagio di quello che non si creda, perchè se è agevole in trincea attendere, accesi di sacro entusiasmo, il momento dell'attacco, se è possibile resistere saldi al grandinare dei proiettili nemici, ciò è molto diverso dal dover agire con la freddezza di animo e di mente che occorrono all'opera nostra.

Una delle più avanzate formazioni chirurgiche fu senza dubbio, nella nostra controffensiva nel Trentino, l'ospedale chirurgico: «Città di Milano» impiantato sull'altipiano di Asiago, presso i campi di Mezza Via, diretto dallo stesso creatore di tali unità, dall'illustre prof. Baldo Rossi; ma esso pure distava non meno di 8 chilometri dalla linea di fuoco, e si era potuto stabilire e potè funzionare utilmente in quella località, dove erano già un paio di ospedaletti

da campo, solo perchè la massa del monte Echar antistante proteggeva quell'insieme di baraccamenti e di tende.

Ed allora?...

Ed allora, chiusi gli occhi alla ideale quanto oleografica visione delle battaglie campali di una volta, occorre avere il coraggio di dire che tutta la nostra organizzazione sanitaria si è retta ed ha funzionato solo per la mirabile adattabilità ed il grande spirito di sacrificio degli ufficiali e dei gregarii della sanità, ma che occorre ormai cambiarla e renderla più idonea all'azione così come oggi si svolge.

Nessun ferito, nessun ammalato per cui non ci sia seria controindicazione di trasporto, dovrebbe rimanere oggi negli ospedali da campo.

I mezzi odierni ci permettono ampiamente di allontanare dalle vicinanze del teatro delle operazioni tutti i feriti trasportabili e di portarli in breve ora a oltre i 50 chilometri, in piena zona di tappa.

Nella battaglia dell'Altopiano le autoambulanze, anche se provenienti direttamente dalle sezioni di sanità, trovavano spesso opportuno ed agevole portare i feriti agli ospedali territoriali di Bassano e di Vicenza.

Nelle giornate della battaglia per Gorizia, è stato un fatto abituale che feriti ed ammalati venissero avviati direttamente dalle sezioni di sanità anche alle unità ospitaliere scaglionate fra il fiume Torre ed il torrente Natisone, e talora anche all'indietro del Torre stesso, e le località ed il terreno della guerra nostra son troppo conosciuti perchè occorra dare altre delucidazioni in proposito.

Il concetto quindi che dovrà inspirare d'ora in poi gli organizzatori dei servizi sanitarii campali sarà anzitutto di lasciare in speciali ricoveri ospitalieri, che si potranno giustamente chiamare *avanzati*, i soli feriti *veramente intrasportabili* e di sgomberare oltre le retrovie, sugli stabilimenti di tappa, tutti gli altri.

Per raggiungere tal fine e per trovare il modo di impedire che i feriti, medicati al posto di soccorso reggimentale, vengano in breve ora fermati e senza alcun bisogno spesso, rimedicati di nuovo ed ai reparti avanzati ed ai reparti di base delle sezioni di sanità e poi, successivamente, passando di mano in mano, ai varii ospedaletti ed ospedali delle retrovie, con brevi ed inconcludenti soste, o con trasporti non sempre indicati, occorre anzitutto fare un breve esame critico del funzionamento attuale del servizio sanitario in campagna.

Ed iniziando lo studio dal servizio reggimentale cominciamo ad osservare che i sette medici che prestano l'opera loro presso i reggimenti, sono o troppi, o... troppo pochi !...

Forse se un numero maggiore di aiutanti di sanità che *veramente meritassero tal nome*, esistessero nei reggimenti e fin dal tempo di pace fossero accuratamente scelti ed istruiti seriamente presso gli ospedali militari, sul modo di eseguire le prime medicazioni protettive, di applicare i primi apparecchi provvisorii, forse l'opera loro, quando ce ne fossero almeno un paio per ogni compagnia, sarebbe assai proficua.

Naturalmente dovrebbero esser sempre diretti dall'ufficiale medico, ma chissà se una buona organizzazione di tal genere non potesse far risparmiare un medico per battaglione?

Del resto la presenza di un certo numero di medici al reggimento è una necessità, non solo dal punto di vista umanitario, ma anche da quello più pratico della disciplina e corrisponde ad un bisogno morale troppo facile a comprendersi perchè occorrano spiegazioni; ma si voglia o no lasciare intatto il numero dei medici reggimentali, resta inteso che debbono essere coadiuvati da aiutanti e da infermieri pratici e non da rozzi soldati, che in genere furono lasciati a disposizione dell'ufficiale medico sol perchè non si riusciva a insegnar loro in maniera tollerabile il maneggio delle armi ed erano goffi ed inadatti a tutti gli altri esercizii.

Del materiale sanitario reggimentale è così esigua la dotazione che è inutile fermarsi molto a considerarlo. Dovrebbe certamente essere accresciuto in quantità, magari a detrimento della varietà dei diversi presidii chirurgici, che fanno degli zaini e dei cofani tanti piccoli campionarii. Ceste o sacchi someggiabili impermeabili pieni di materiale da disinfezione possibilmente uniforme, e poche sostanze e strumenti indispensabili ed ancor meno bisturi, amputanti, condrotomi e seghe !

È vero che il buon senso dei medici reggimentali ha lasciato sempre gran parte di questi strumenti di demolizione intatti nei loro astucci.

E veniamo ora a parlare di quella tanto discussa formazione sanitaria di guerra che si distingue col nome di *Sezione di Sanità*. Si sa che in genere è una grande unità, la più grande di tutte le formazioni sanitarie, che è forte di uomini, di cariaggi, e di animali da traino e da soma e che è destinata a formare una specie di *trait d'union* fra i posti di medicazione reggimentali e gli ospedali da campo.

La sezione di sanità è la trasformazione della antica ambulanza divisionale; è quindi l'organismo adibito al pronto soccorso dei feriti e degli ammalati, all'ospedalizzazione in sito dei più gravi ed intrasportabili e allo smistamento, a varie distanze, di tutti gli altri.

La sua azione dovrebbe essere integrata e completata secondo i regolamenti dall'opera degli ospedaletti da campo da 50 letti someggiati o carreggiati che dovrebbero venir impiantandosi nelle località ove la sezione ha funzionato, sostituirsi ad essa e continuarne l'opera.

In realtà però le cose vanno assai raramente così; anzitutto gli ospedaletti, sia pure avanzati, si mantengono quasi sempre ad una assai rispettosa distanza dal luogo ove funzionano i reparti della sezione, e tutti i feriti, compresi purtroppo parecchi intrasportabili, finiscono per dover essere, viceversa, trasportati dalla sezione ad essi, coprendo uno spazio che non raramente supera i 10 chilometri.

I mezzi di trasporto della sezione (6 carri a cavalli e 2 autoambulanze) sono stati subito riconosciuti insufficienti e si è dovuto dotarla di un certo numero di veicoli a trazione meccanica in più, appunto pel fatto che, partendo da essa, le località dove funzionano gli ospedaletti non possono esser raggiunte tanto agevolmente.

Le difficoltà poi crescono, perchè aumentano assai le distanze, quando i feriti o gli ammalati debbono dalle sezioni, essere inviati ad ospedali da campo più grandi e più arretrati.

Se quindi non sembra il caso di abolire completamente le sezioni di sanità, come alcuni vorrebbero, sembrerebbe piuttosto utile scindere nettamente in due unità diverse le due attribuzioni che attualmente la sezione accumula: quella del primo soccorso ed ospitalizzazione degli intrasportabili e quella del trasporto degli altri feriti.

Per la prima funzione, i mezzi che la sezione possiede sono scarsi: ogni reparto di essa ha in tutto una tenda da ricovero, e limitati mezzi di soccorso di conforto e di sussistenza.

Trovata quindi la località adatta all'impianto di una simile unità sanitaria, località riparata il più possibile dal fuoco nemico, meglio varrebbe senz'altro, come in pratica qualche volta si è fatto, farvi avanzare un ospedaletto da 50 letti, che in fondo non differisce, come qualità del materiale, un gran che da uno dei reparti di sezione, ma che è assai più idoneo ed efficiente come mezzo di ricovero e di cura, ed a questi ospedaletti allora potrebbero appoggiarsi anche le ambulanze chirurgiche di recente formazione, rese però più leggere di quello che attualmente non siano.

Ivi realmente tutti gli intrasportabili potrebbero esser fermati senza subire il danno di ulteriori traslochi. Ma occorre che questi *ospedaletti da campo*, funzionino realmente come tali, e rinuncino alla velleità di trasformarsi in altrettante graziose casette di salute con spaziose corsie, bei lettini, comodini smaltati, graziose sopracoperte ecc. ecc., tutte cose che abbiamo tutti ammirato, ma ahimè! per solito troppo lontane dal luogo ove una semplice



Fig. 1. — Ospedaletto da campo funzionante come reparto avanzato pel ricovero degli intrasportabili.

branda da campo ed una tenda od una baracca avrebbero potuto dar ricovero, quiete e salvezza a tanti disgraziati, cui venne inflitto invece il maltrattamento di più ore di trasporto onde raggiungere il sospirato e bello ospedaletto.

Ed i direttori sanitarii, spesso troppo ossequienti ai suggerimenti ed alle critiche dei non sempre competenti visitatori, dovrebbero aver l'energia di insegnare ad essi, che un ferito cranico, un toracico, un addominale ha bisogno soprattutto di essere mosso il meno possibile e che è poco male se questo ferito non vien intoelettato, non viene cambiato parecchie volte di camicia e di lenzuola nei primi giorni della sua degenza; che è importante invece, che il maggior numero di questi infermi vengano arrestati il più vicino possibile al luogo ove furono colpiti; e che quindi negli angoli ove l'artiglieria nemica non può giungere, usufruendo di tutti i possibili ripari e blindamenti, è bene che sorgano molte e molte baracche da ricovero per essi quando altro riparo non vi sia, onde la loro fermata in sito possa protrarsi, se occorre, di parecchi giorni.

Invece oggidì, quando un comandante di sezione di sanità abbia empito di intrasportabili i dodici posti della sua tenda e qualche altro

giaciglio che sia riuscito a metter su con mezzi di fortuna, che può fare, se non inviare, non più tardi della sera stessa o tutt'al più il mattino seguente, tutti questi poveretti al retrostante ospedale?! « Occorre far posti per possibili evenienze future! ».

Per la seconda funzione della Sezione di Sanità, per eseguire cioè il trasporto dei feriti e degli ammalati, vedemmo già che i mezzi di cui essa disponeva in principio della guerra dovettero venire aumentati.

Malgrado tale aumento però, non sempre il trasporto avviene regolarmente, tanto è vero che si sono dovute stabilire le così dette « *stazioni di smistamento* » degli ammalati e dei feriti, che contribuiscono ad eseguire lo sgombero delle unità sanitarie più avanzate.

Sorge quindi la domanda se non sarebbe più razionale stabilire che gli ospedaletti funzionanti come reparti avanzati di sanità provvedessero con mezzi proprii, di cui sarebbe agevole dotarli, al trasporto dei feriti dal luogo ove essi vengono lasciati dai portaferiti reggimentali fino alla propria sede di funzionamento.

All'ulteriore trasloco alle retrovie per i trasportabili occorrerebbe invece provvedesse una unità sanitaria, che non dovrebbe avere altro còmpito che il trasporto e lo smistamento.

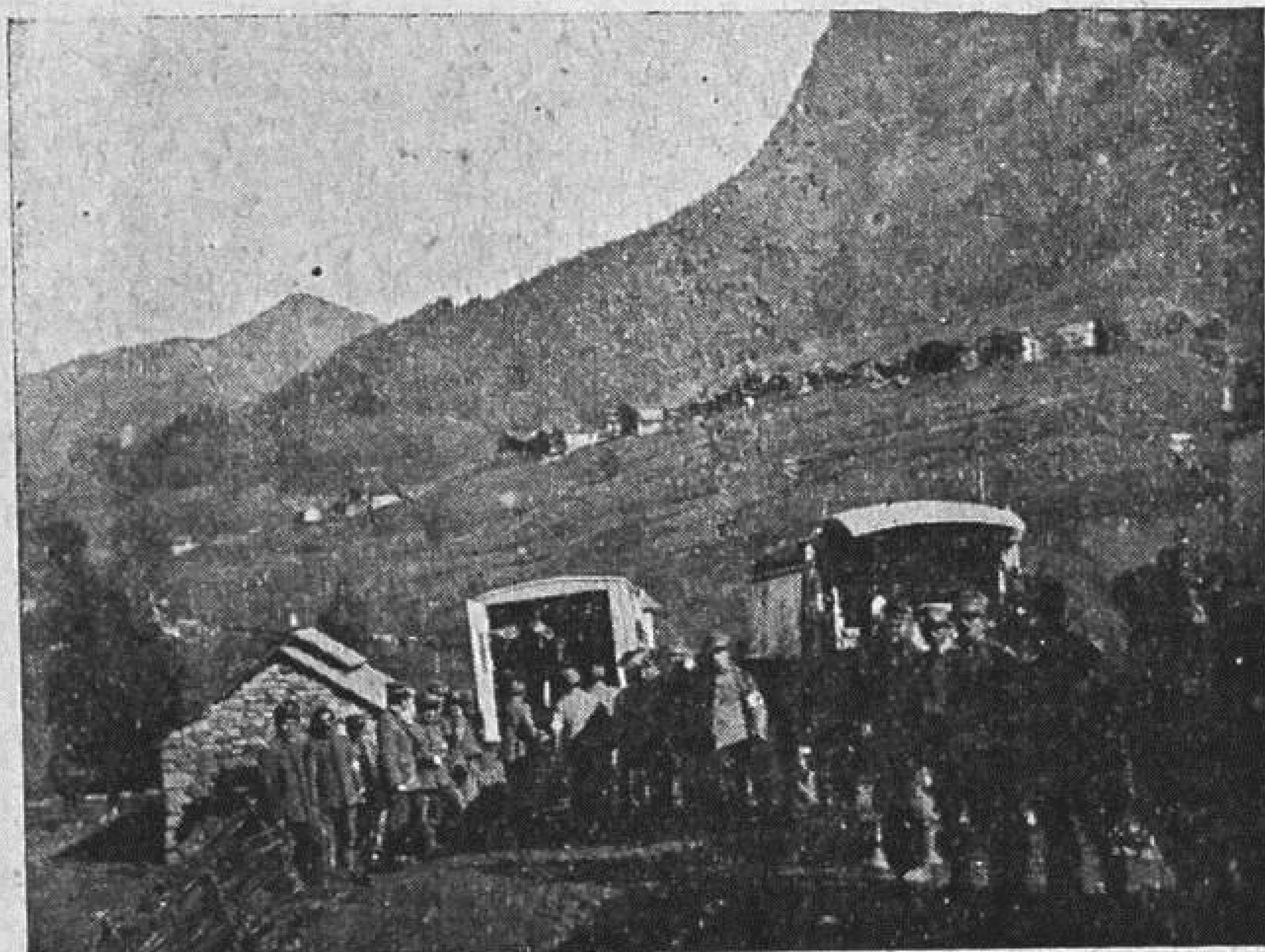


Fig. 2. — Un posto di smistamento.

Queste « *Sezioni trasporto e smistamento feriti* » non contemplate in nessun tomo di mobilitazione esistono, come ho accennato, già in realtà, generate spontaneamente dalle necessità della guerra attuale; esse funzionano talora appoggiate a qualche ospedaletto e talora anche isolate, in un punto adatto delle retrovie. Un ufficiale medico le comanda; ha a sua disposizione una quantità adeguata di autolettighe e di *autobus*, ed a seconda del numero di feriti e di ammalati che sono annunziati sgomberabili dalle unità sanitarie più avanzate, e dei posti-letto disponibili che pure sono notificati giornalmente dai varii ospedali delle retrovie, dispone i trasporti.

Un piccolo ufficio di smistamento, situato in località opportuna, forma tutto il centro di questo servizio di collegamento e basta a coordinarlo in maniera che non si verifichi che ambulanze cariche di feriti o di ammalati scendano dalle sezioni di sanità verso le retrovie con mèta non definita, ed esposte quindi a fare ore di cammino, rinviate da un ospedale all'altro fino a trovarne uno che possa dar ricetto al loro carico doloroso.

L'organico di una « *Sezione trasporto feriti* » potrebbe essere assai limitato, e siccome la sua efficienza crescerebbe in ragione soltanto dei mezzi di trasporto, questi, a partire da un *minimum* fisso, potrebbero venir poi aggiunti o diminuiti a seconda dei bisogni.

In via ordinaria un ufficiale superiore ed un subalterno potrebbero bastare a costituirne la parte direttiva, onde assicurare la continuità dell'ufficio di smistamento, sul quale s'impernia tutto il servizio. Presso alla stazione di smistamento si potrebbe costituire anche un piccolo locale di soccorso con qualche letto di sosta, simile a quelli delle stazioni ferroviarie. Un personale d'ufficio e di assistenza adeguato, compreso qualche ciclista e motociclista, ed un certo numero di auto-lettighe e di auto-carri, completerebbero la sezione.

Stabilito che un ben ideato e ricco sistema di « *Sezioni trasporto* » collegasse rapidamente e comodamente i reparti sanitarii avanzati con gli ospedali di retrovia, non sarebbe la distanza di 50 o anche di 60 chilometri in più che ostacolerebbe l'effettuazione dello sgombero immediato dal fronte di tutti i feriti e malati trasportabili, che sono fortunatamente la maggior parte.

Scomparsi poi dalle retrovie i varii ed ingombranti ospedali da campo immobilizzati il cui materiale ed il cui caricamento furono costituiti con scopi ben diversi da quello che hanno attualmente assunto, altre unità ospitaliere che non le castrensi, più razionalmente si stabilirebbero nella zona delle intendenze, per accogliere gli infermi che non fosse il caso di trasportare addirittura nell'interno del paese.

Son questi gli « *Ospedali di Tappa* » che attualmente non esistono come unità prevista, ma in cui si sono invece trasformati *spinte* o *sponte* gran numero dei nostri ospedali da campo. Questione di nome, dirà alcuno a que-

sto punto; no, non è, questa che io muovo, una semplice questione di nome ed è facile dimostrarlo: « Gli ospedali da campo di 100 « e di 200 letti, dice il regolamento, in previ- « sione di una battaglia si fermano alla di- « stanza media di una giornata di marcia dalla « zona dell'azione per poi, a combattimento ini- « ziato, avanzare ancora ed andarsi a piazzare « in località opportuna in prossimità di grandi « vie di comunicazione ecc. ecc. ».

Anche per essi è prevista la impossibilità di trovare un accantonamento, ed in tal caso possono valersi delle grandi tende da ricovero di cui sono dotati.

« Gli ospedali da campo, continua il regola- « mento, ricevono i feriti che loro giungono « per mezzo di convogli sanitari dalle Sezioni « di Sanità ed eventualmente dagli ospeda- « letti avanzati ed una volta installatisi in un « punto, restano sul luogo fino a che non ab- « biano espletato completamente il proprio « còmpito ».

Le dotazioni degli *Ospedali da campo*, formate quindi col precipuo scopo dei rapidi spostamenti e del *minimum* di pesantezza, sono assolutamente in contrapposto con tutto ciò che occorre in un ospedale di tappa.

in una discreta agiatezza e talora perfino in una stupefacente ricchezza i cui conti graveranno a lungo sui nostri bilanci. Quando occorre improvvisare non si bada a spese e nessun consiglio di amministrazione oserebbe non approvarle.

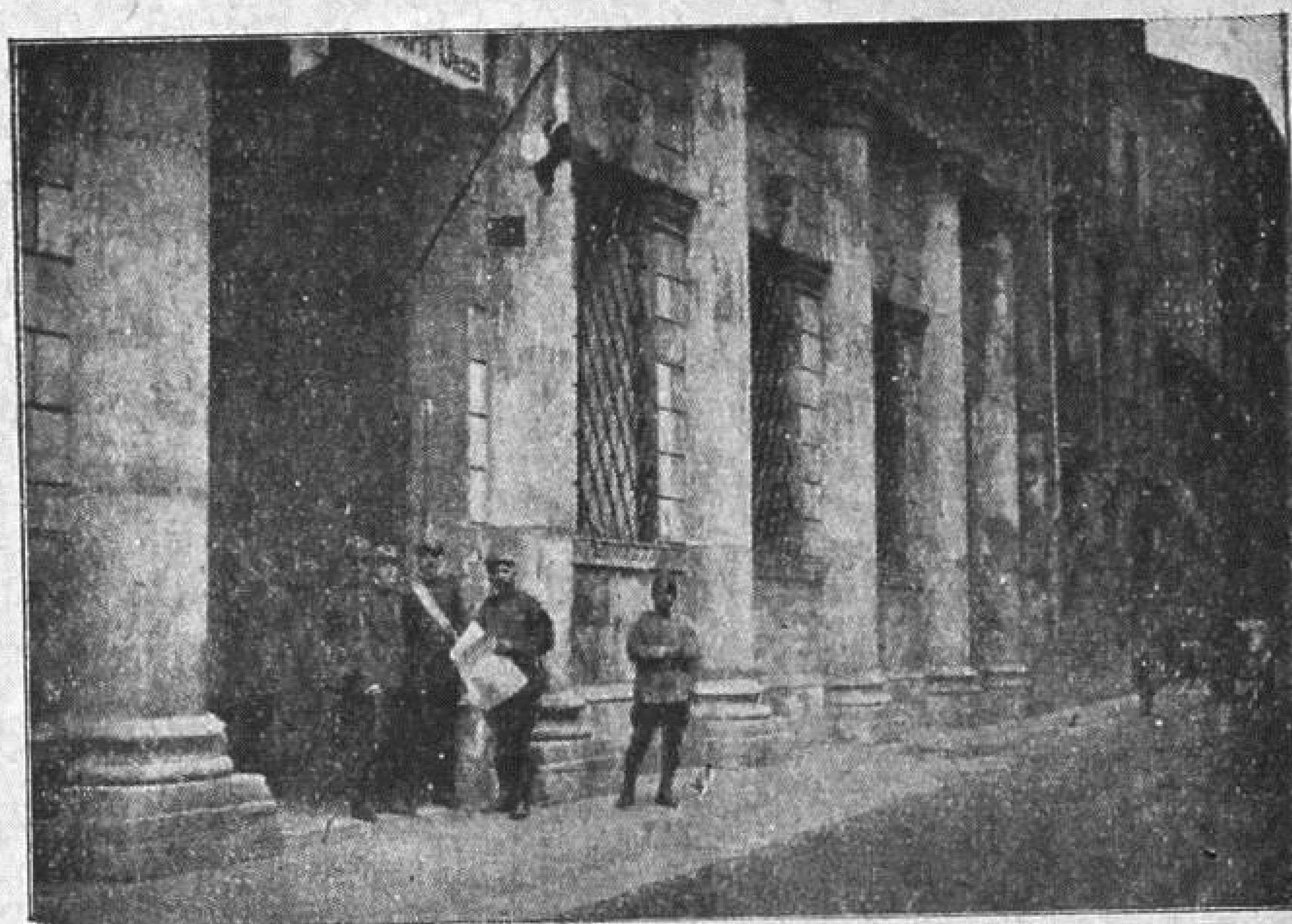
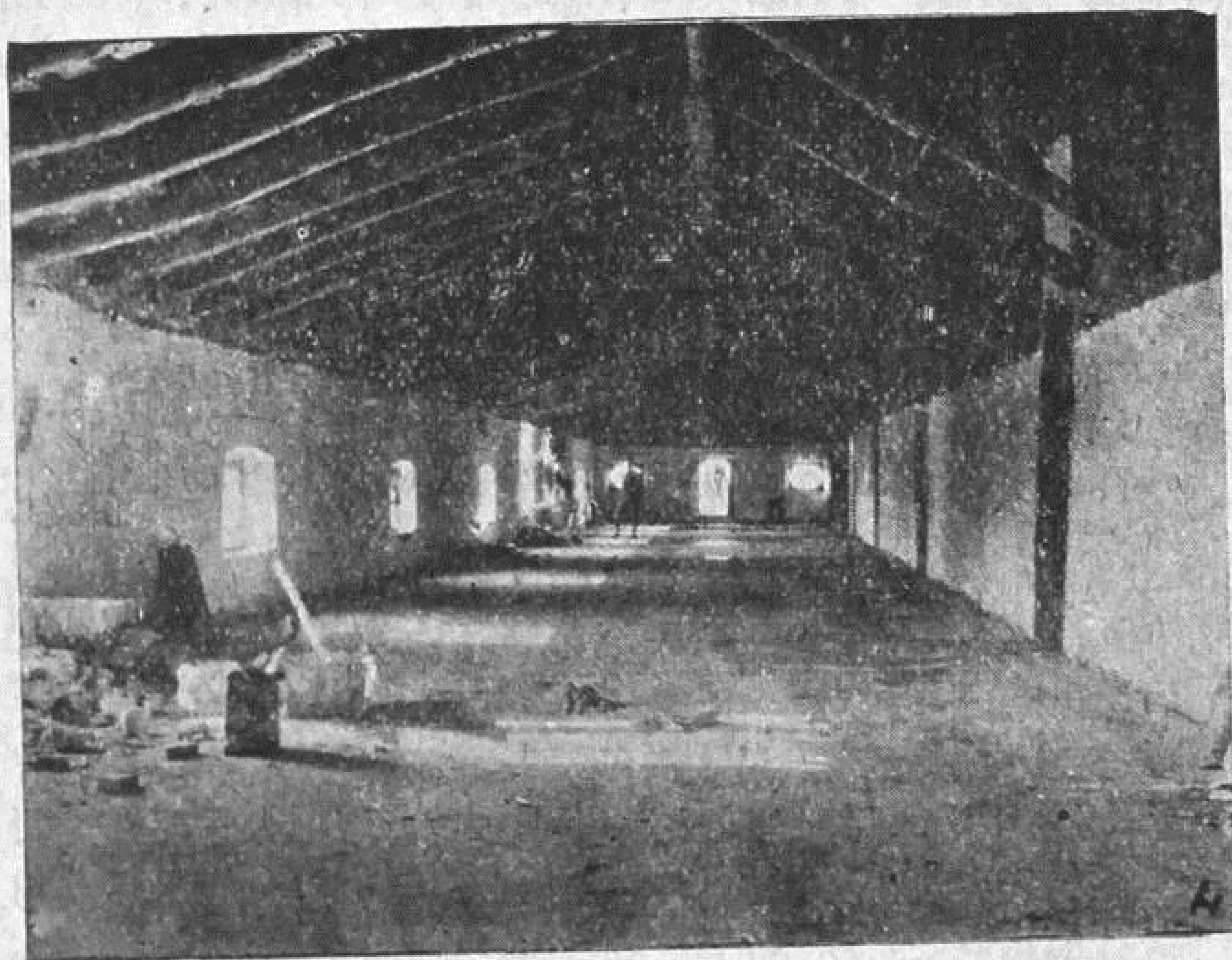


Fig. 3. — Uno dei tanti ospedali da campo che funzionano in città.

So bene che non c'è giovane direttore di ospedaletto da campo che non sogni di portare la sua unità ad efficienze strepitose di 300-400, e magari fino di 1000 posti-letto; con



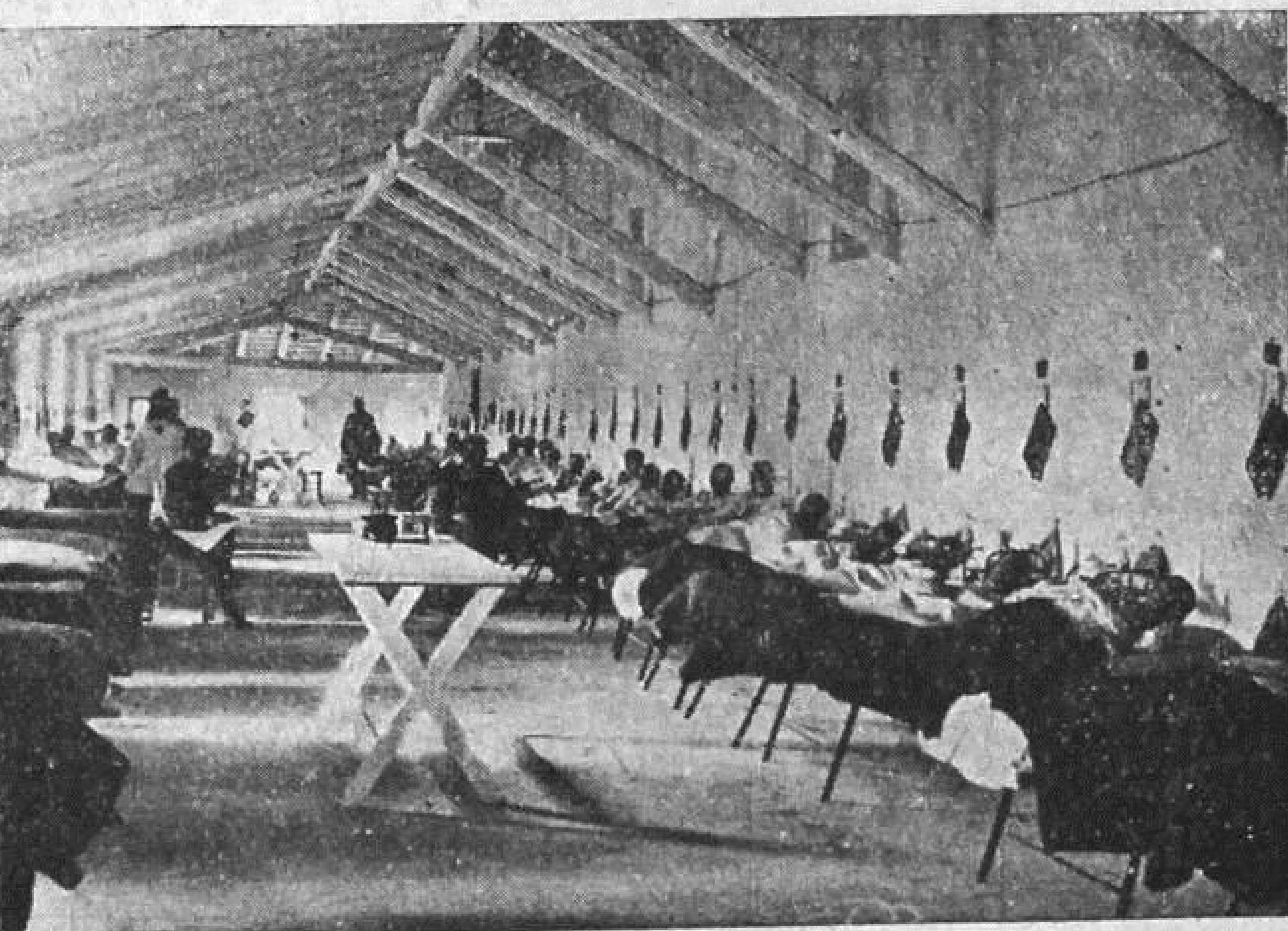


Fig. 4.

A B

Trasformazione di un granaio in corsia d'ospedale.

Negli ospedali da campo, anzitutto mancano i letti, il materiale chirurgico è insufficiente, la farmacia deficientissima e viceversa esistono materiali castrensi completamente inutili per un ospedale di tappa.

So bene che, escogitando mille espedienti, il nostro bravo personale sanitario ha saputo supplire a tali mancanze e tutti o quasi tutti gli ospedali da campo sono riusciti a cambiare completamente la loro originale miseria

letti, comodini, bagni, opere di ogni genere di idroterapia e di igiene e ciò naturalmente solo per un disinteressato amore ai nostri poveri e cari infermi. E tutto questo è realmente bello e buono in se stesso, bello e buono anche se immobilizza per lunghi mesi e forse per tutta la durata della guerra quell'ospedale in una zona assai diversa dalla propria sfera di azione, bello e buono anche perchè riempie di piacevole ed ammirante meraviglia i visitatori,

bello e buono sì..... ma non è più l'ospedale da campo!.....

Infatti tutto, o quasi tutto il materiale castrense si troverà poi conservato nel magazzino entro i cofani ben verniciati, e solo in piccola parte sarà stato tratto fuori ed usato. Del resto è così deficiente!.....

gistici, ed a tale direzione si aggreghino poi, a seconda della possibilità di ampliamento, un certo numero di *sezioni di ospedale di tappa*, costituite dal solo materiale lettereccio, di casermaggio, di cucina, ecc. e *dal personale relativo*, sia medico, sia di assistenza immediata.





Fig. 5.

A B

Trasformazione di una tinaia in corsia d'ospedale.

Ed allora, non sarebbe meglio stabilire addirittura che nella zona delle intendenze si situassero, negli edifici che più si prestano, nelle località adatte, degli ospedali *di tappa* il cui organico ed il cui caricamento sarebbe il caso di studiare *ex novo*, ma che dovrebbero a priori esser diversi assai da quelli stabiliti per gli ospedali da campo?

Sparirebbero così gli ospedali da 100 e da 200 letti, rimarrebbero soltanto gli ospedaletti da campo avanzati per gl'intrasportabili, e si costituirebbe nella zona delle tappe un tipo di ospedale accantonato, che potrebbe anche variare di costituzione e di mezzi a seconda dello speciale servizio a cui fosse destinato.

È più facile di quello che non si creda — e ben lo sanno i direttori degli attuali così detti ospedali da campo — trasformare in breve tempo dei locali anche in apparenza poco adattabili a discreti ambienti da ospedalizzazione.

Dove sono degli ampi edifici scolastici, degli ariosi laboratori di fabbriche e simili, il còmpito riesce certo più facile, ma anche opere rurali che meno si prestano (granai, tinaie, stalle, ecc.), possono esser ridotte abbastanza bene e senza gravi difficoltà. Senza moltiplicare pertanto gli uffici, le direzioni ed i servizi ogni 50, 100, o 200 letti, si stabilisca quindi un tipo di direzione *di ospedale di tappa* con i relativi presidii chirurgici, farmaceutici, igienici ed i relativi servizi amministrativi e lo-

Cesserà così l'inconveniente di vedere funzionare a pochi passi l'uno dall'altro, tre o quattro ospedali od ospedaletti con le relative e abbastanza pesanti direzioni, amministrazioni e servizi diversi.

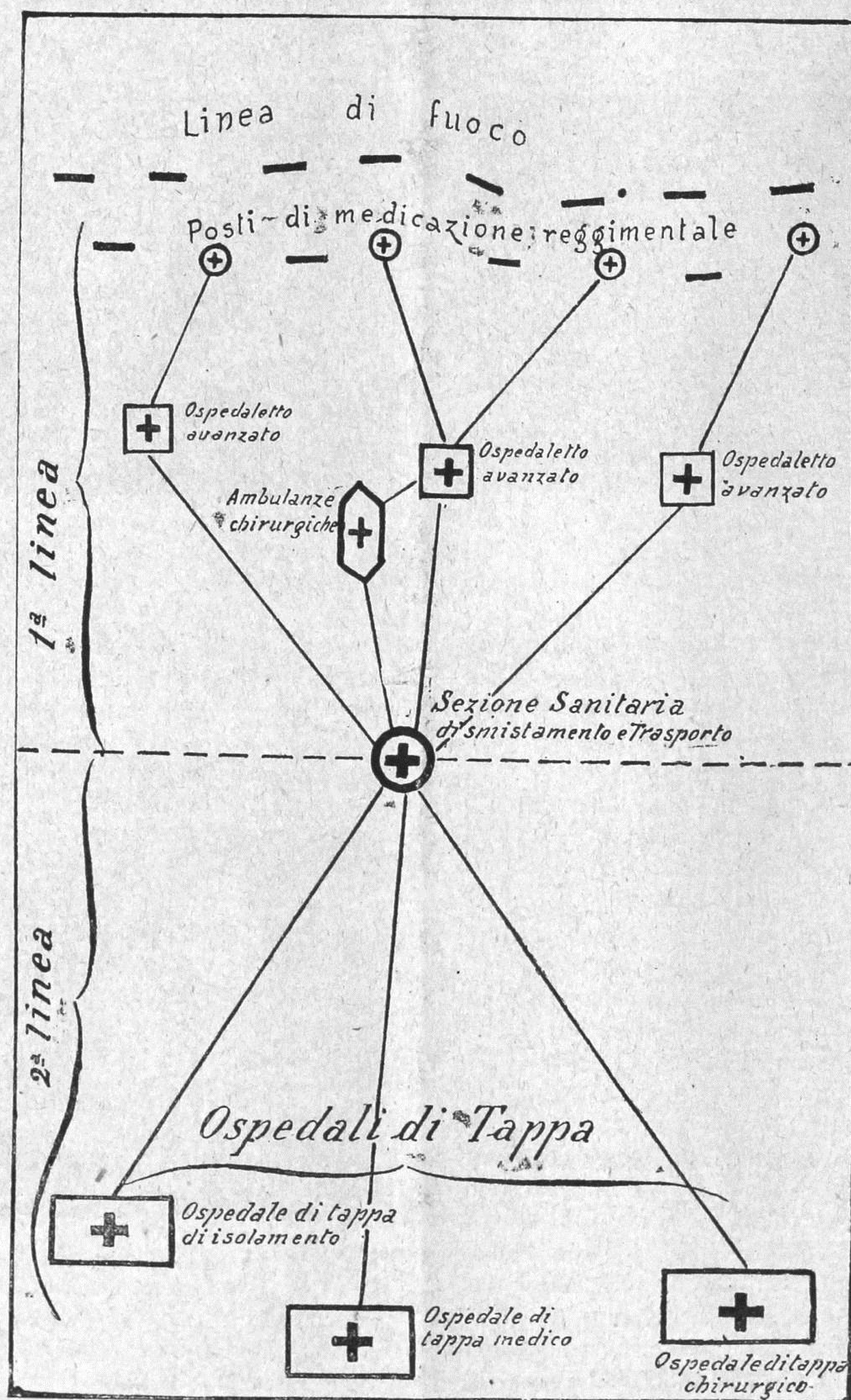


Fig. 6. — Tettoia rustica che si sta trasformando in un reparto da disinfezione.

La maggiore stabilità degli ospedali di tappa che, grazie all'azione delle sezioni trasporto, non hanno ragione di spostarsi per molto tempo, anche se una felice avanzata faccia compiere dei notevoli sbalzi in avanti alle truppe, incoraggerà a dare loro i mezzi di ospedalizzazione che ora non sempre vengono accordati di buon grado agli ospedali da campo e permetterà soprattutto di arricchirne

i mezzi terapeutici sia chirurgici che medici, i presidii igienici e profilattici ecc.

La possibilità di fornire gli ospedali di tappa di dotazioni non uniformi permetterà di distinguerne e specializzarne alcuni come centri eminentemente chirurgici, altri come ospedali di medicina, altri ancora come ospedali da isolamento per infettivi ecc., e questa maggior differenziazione della funzione andrà tutta a vantaggio del servizio.



Col sistema infine di aggiungere ad una unica direzione, un numero vario, a seconda del bisogno, di segmenti o sezioni di ospedale, si avrà il vantaggio che ad ogni ampliamento di efficienza di una unità ospitaliera corrisponderà un adeguato e reale aumento dei mezzi di ospitalizzazione e dell'organico del personale di assistenza.

All'ulteriore sgombero verso la zona territoriale degli Ospedali di Tappa, potrebbero

provvedere altre « *Sezioni di smistamento e trasporto* », s'intende in località ancora più arretrate e funzionanti in modo da collegare fra loro gli Ospedali di Tappa con gli ospedali di riserva o territoriali viciniori, o con le stazioni ferroviarie di fermata dei treni-ospedale.

Senza quindi portare alcuna grande modificazione al materiale sanitario si potrebbe già fin da ora attuare questa, che non è in fondo che una semplificazione nei servizi sanitari di guerra.

Che la proposta modificazione renderebbe assai più semplice il servizio, risulta anche graficamente dallo annesso schema.

Organi esecutivi del servizio sanitario in campagna secondo le modificazioni proposte.

NELLA PRIMA LINEA:

I medici e gli aiutanti sanitari reggimentali *con il personale di truppa addetto al trasporto dei feriti.*

Ogni reggimento dovrebbe avere un capitano medico, tre subalterni o aspiranti medici, ed almeno dodici aiutanti di sanità, tre caporali infermieri, quarantotto portaferiti.

I reparti di ospedalizzazione avanzati. - *Non dovrebbero questi, come personale e come materiale, differire molto dagli attuali ospedaletti da campo da 50 letti someggiabili o carreggiabili. Dovrebbero però esser forniti di un assai maggior numero di portaferiti, di barelle e di mezzi per trasportar feriti adeguati al genere di terreno ove si svolge la loro azione. Autocarri, auto-ambulanze, e moto-lettighe in pianura; più numeroso someggio con basti speciali pel trasporto dei feriti, slitte, barelle, o sedie-lettighe in montagna.*

TRA LA PRIMA E LA SECONDA LINEA, CON SEDE DEL COMANDO (UFFICIO DI SMISTAMENTO) IN UN PUNTO CENTRALE DELLE RETROVIE:

Le sezioni sanitarie di smistamento e trasporto. - *Ogni sezione sanitaria di trasporto dovrebbe avere in organico un maggiore medico comandante la sezione, un subalterno medico, un sottufficiale, tre caporali o caporal maggiori, otto uomini di truppa. Di più un telefonista con apparecchio telefonico da campo, due ciclisti e due motociclisti con syde-card.*

Come materiale da trasporto la sezione dovrebbe possedere otto auto-veicoli (auto-ambulanze ed autobus) e sei carri per feriti a trazione animale.

Come presidio sanitario un semplice cofano *con qualche strumento pel pronto soccorso, materiale di medicazione e medicinali indispensabili, ed una piccola dotazione di viveri di conforto. Come mezzo di temporanea sosta per infermi di passaggio improvvisamente aggravatisi, una tenda da ricovero 7×7 con gli otto lettini da campo che può contenere, quando non si possa usufruire di qualche locale meglio riparato.*

Due o tre sezioni sanitarie da trasporto per ciascun corpo d'armata sarebbero sufficienti ad eseguire lo sgombero ordinario dei feriti e degli ammalati, ed in caso di operazioni campali di straordinaria importanza sarebbe assai facile accrescere volta per volta l'efficienza di ciascuna di esse, dotandole di un adeguato numero di autocarri in aggiunta.

NELLA SECONDA LINEA (ZONA DELLE TAPPE):

Gli ospedali di tappa. - *Ogni ospedale di tappa dovrebbe avere una efficienza media di circa 500 letti, anche se suddivisi in locali diversi. Comunque, alla direzione di un ospedale di tappa che avesse a disposizione locali e possibilità di ulteriore sviluppo in essi, sarebbe agevole aggiungere altre* sezioni di ospedale *(materiale e personale).*

Sarebbe indispensabile distinguere ospedali di tappa chirurgici, ospedali di tappa medici, ed ospedali di tappa per infettivi.

Dopo alcune esperienze della guerra, che tutti i colleghi hanno potuto constatare de visu, *io continuo a ritenere che in questi ospedali di tappa l'opera dei più valenti chirurgi professionisti sarebbe del maggior rendimento, e quindi in questi ospedali dovrebbero trovarsi tutti i presidii chirurgici necessarii e non i limitatissimi mezzi che offre lo strumentario degli ospedali da campo, e specialmente quello dei più grandi, di quelli da 200 letti.*

Lo stesso dicasi per le dotazioni farmaceutiche, per gli impianti igienici e per tutti gli altri servizi.

Altre sezioni sanitarie da trasporto, *tenute a disposizione delle intendenze d'armata, eseguirebbero poi lo sgombero degli ospedali di tappa su quelli di riserva e sui treni-ospedale, quando mancassero altri mezzi adeguati a tale scopo (linee tramwiarie, ferroviarie, fluviali, lacuali, ecc.).*

SPUNTI POLEMICI.

A proposito della limitazione delle mutilazioni.

Dall'ospedale da campo P. a.....

On. Redazione,

Trovandomi da parecchi mesi in zona di guerra ad un ospedale da campo solo ora ho occasione di leggere quanto scrisse il collega Scalone sul fascicolo n. 34 della Sezione pratica del *Policlinico* a proposito della questione opportunamente sollevata dal prof. Perez circa la possibile limitazione del numero dei mutilati. Sottoscrivo con convinzione tutto quanto lo Scalone afferma.

Aggiungo solo un particolare di fatto e una conferma che per constatazione personale mi pare opportuno di esprimere.

Il particolare di fatto è che il voto emesso dal gruppo per le propagande mediche di Milano in seguito alla comunicazione del prof. Perez ed alla discussione consecutiva (alla quale partecipai anch'io), oltre affermare l'opportunità di raggruppare in appositi reparti i feriti dei grandi ospedali in cui sorgesse eventualmente la questione dell'amputare o meno, richiamava, si noti bene, l'assoluta necessità che nella cura dei feriti l'opera dei medici venisse distribuita con scrupoloso rispetto delle singole competenze.

Con ciò quel gruppo milanese intendeva di esprimere appunto la convinzione che, sfruttando in modo più ampio e appropriato le competenze e la pratica dei buoni chirurghi di carriera si sarebbe fatto e si farebbe già un gran passo verso la soluzione migliore del problema. Sfruttare meglio e più largamente l'opera dei chirurghi di carriera e togliere la decisione di conservare o meno un arto ai chirurghi improvvisati, diciamolo francamente, è il migliore e più pronto modo di agire pro mutilandi.

La conferma, che mi detta l'esperienza personale fatta tanto negli ospedali territoriali che in quelli da campo nella zona di guerra, riguarda la disparità di competenza che noi possiamo trovare tra capo-reparto e capo-reparto di chirurgia: in realtà, come dice lo Scalone, in taluni ospedali la pratica e la competenza del capo reparto sono tali da togliere ogni preoccupazione e da rendere inutili discussioni e voti, in altri il lamentato scempio di arti non può cessare che eliminandone gli autori impreparati alla loro funzione e sfiderà altrimenti ogni rimedio di consulenti, di reparti speciali, di istruzioni-circolari.

Non vale raccomandar senz'altro la conservazione là dove manca l'esperienza per condurla bene e la competenza per avvertire invece tempestivamente la necessità di amputare.

In una sola cosa dissento dallo Scalone, nella sfiducia che egli manifesta e nella paura che il rimedio giunga troppo tardi.

Io confido invece che l'iniziativa del professor Perez e le discussioni che ne seguirono non rimarranno parole vuote ma troveranno eco e favore. Occorre piuttosto che si tenga desta l'attenzione di chi può decidere e che sempre le nostre parole nessun altro accento abbiano tranne quello che viene loro da un alto concetto del nostro dovere verso la patria che lotta per un più sicuro e fulgido avvenire.

Con ossequio.

Prof. ALDO CERNEZZI
Capitano medico - Ospedale da campo d........

SUNTI E RASSEGNE.

EPIDEMIOLOGIA.

La patogenesi del colera.

(G. SANARELLI. *Comptes Rendus des séances de l'Académie des Sciences*, 6 novembre 1916; *La Presse Médicale*, 16 novembre 1916; *Annali d'Igiene*, 31 novembre 1916).

Si ammetteva sin'oggi, come nozione definitivamente acquisita, che i vibrioni del colera, introdotti nella bocca insieme con i cibi, con le bevande, ecc., dopo aver resistito all'azione vibrionicida del succo gastrico, attecchissero nel tenue, ove, trovando condizioni favorevoli al loro sviluppo ed alla elaborazione delle loro tossine, avrebbero determinato le caratteristiche alterazioni della mucosa e l'intossicazione generale propria del colera.

Si riteneva, inoltre, che gli animali fossero refrattari ai vibrioni del colera introdotti per la via orale, non soltanto perchè il loro succo gastrico, essendo fortemente acido, annienta questi fragili microrganismi asporigeni, ma anche perchè, secondo le ultime vedute del Metchnikoff, la flora microbica intestinale degli animali domestici, refrattari al colera, sarebbe costituita prevalentemente da germi antagonisti a quelli colerigeni.

Gli artifizi adoperati per riprodurre negli animali il quadro del colera sono stati innumerevoli. La maggior parte di essi mirava ad evitare l'azione dell'acidità gastrica, mercè l'introduzione dei vibrioni direttamente nell'inte-

stino o la neutralizzazione del succo gastrico con bicarbonato di sodio, ovvero, tendeva a creare nel sistema digerente un *habitat* favorevole all'attecchimento dei vibrioni, mediante alterazioni profonde della mucosa intestinale, provocate da sostanze purgative, drastiche, ecc.

Ma come è ben noto, gli espedienti escogitati fin'oggi per riprodurre il vero colera intestinale negli animali di laboratorio, erano rimasti del tutto infruttuosi.

Solo nei conigli lattanti il Metchnikoff era riuscito, senza ricorrere a nessun artifizio, ad ottenere il colera per la via orale.

*
* *

Ora il prof. Sanarelli ha dimostrato che l'attuale concezione patogenetica del colera è del tutto empirica e dev'essere abbandonata, dacchè nei conigli lattanti i vibrioni introdotti per la bocca non giungono mai vivi nell'intestino, ma sono uccisi a colpo sicuro nello stomaco ed ivi distrutti, per azione dell'acidità e di altri fattori non ancora determinati. Dunque se i vibrioni non possono entrare nell'organismo e produrre il colera intestinale per la via gastrica, la via da essi tenuta dev'essere diversa.

Il Sanarelli ha riconosciuto che questi germi attraversano prima il rivestimento boccale (è probabile che l'effrazione si compia per le tonsille, le quali consentono il passaggio di molti altri germi); di là irrompono nella circolazione generale, sanguigna o linfatica, donde raggiungono *da tergo* le pareti intestinali, su cui spiegano la loro azione elettiva.

La prova di questo comportamento è semplicissima: nei conigli lattanti il colera intestinale può essere determinato anche dalle iniezioni ipodermiche o endovenose di vibrioni colerigeni.

Se i vibrioni vengono iniettati in un'ansa del tenue, insorge egualmente il colera intestinale; ma anche allora i vibrioni non si moltiplicano direttamente nell'intestino, bensì penetrano prima nella circolazione linfatica, attraversando la parete dell'intestino, dove poi faranno ritorno. Dunque i vibrioni non giungono mai nell'intestino senza essere passati prima per la circolazione generale.

L'eliminazione dei vibrioni per l'intestino si compie di preferenza a livello del segmento ileo-cecale: cieco, appendice e ultimo tratto dell'ileo. Quivi si producono anche le più gravi alterazioni: il colera sperimentale dei conigli neonati, dunque, non ripete il quadro del colera umano, ma è essenzialmente una coli-tiflite. Qualche volta i vibrioni risalgono lungo il tenue, ma questo rimane sempre poco o punto interessato; solo eccezionalmente essi pervengono fino al duodeno e non raggiungono mai lo stomaco.

*
* *

Per qual ragione i piccoli conigli si dimostrano sensibili all'infezione colerica conferita per la via orale?

Perchè il loro sangue possiede un potere vibrionicida debolissimo; onde, una volta penetrati nella circolazione generale attraverso il rivestimento della bocca, i vibrioni non vengono tutti annientati e possono raggiungere ancora in gran numero l'intestino, attraverso il quale si eliminano.

La controprova di questo assunto è data dai piccoli conigli nati da madri vaccinate, nei quali il sangue è dotato di un potere vibrionicida elevato; infatti essi resistono in modo assoluto all'infezione colerica, così per la via sottocutanea, come per quella intestinale, come per quella orale, anche usando dosi massive.

Mentre il potere vibrionicida del siero è debolissimo nei conigli neonati, cresce dopo la nascita, per divenire elevatissimo al 10° giorno di vita e mantenersi tale anche in seguito. Perciò risulta quasi impossibile di riprodurre il colera nei conigli adulti, seguendo la stessa tecnica. Anche venendo assorbiti attraverso la bocca e le prime vie digerenti, essi vengono annientati tutti od in massima parte nel sangue; ben pochi riescono a giungere nell'intestino, e questi sono incapaci di esercitarvi qualsiasi azione patogena e vengono espulsi senz'altro.

Ma siffatta immunità naturale dei conigli adulti è solo relativa e può essere vinta in più modi. Ad esempio: se alcune ore dopo aver somministrato ad un coniglio adulto un pasto di vibrioni sviluppati in agar e stemperati nel latte, s'iniettano dei colibacilli nello spessore delle pareti dell'appendice vermiforme, l'animale muore di colera. Altrettanto avviene se l'iniezione di colibacilli si pratica nelle pareti di un altro organo linfatico dell'intestino, il *sacculus rotundus* di Boehm; può anzi insorgere allora una forma di colera gravissima, fulminante, con lesioni anatomiche molto accentuate. Si noti che da solo il colibacillo iniettato nelle pareti appendicolari o sacculari resta inattivo.

Dunque, nei conigli adulti, la lesione prodotta dal colibacillo riesce a far attecchire e moltiplicare i vibrioni pervenuti, anche in scarso numero, nella sottomucosa delle pareti intestinali.

Si può anche risparmiare il traumatismo

della laparotomia, sostituendo all'iniezione di colibacilli nelle pareti appendicolari o sacculari, un'iniezione endovenosa dei prodotti di ricambio degli stessi germi. Questi prodotti si eliminano per l'intestino, ove esercitano un'azione elettiva irritante o lievemente flogogena, come lo stesso Sanarelli aveva scoperto fino dalle sue prime esperienze sulla patogenesi della febbre tifoide. In tal guisa essi favoriscono immediatamente la localizzazione e la moltiplicazione dei vibrioni accantonati nella sottomucosa delle pareti intestinali.

Si noti che le sole tossine del colibacillo sono di per sè ben poco attive, ma se vengono iniettate nei conigli adulti alcune ore dopo aver fatto ingerire ad essi i vibrioni, si sviluppa il quadro più tipico e completo del colera umano.

I vibrioni si moltiplicano di preferenza nella sottomucosa: ne fanno sfaldare il rivestimento epiteliale e al tempo stesso provocano una copiosa trasudazione sierosa, nella quale si ritrovano spesso in grandissima abbondanza.

***

Il colera sperimentale così riprodotto ripete davvicino il quadro del vero colera umano.

Ma il Sanarelli ha, in pari tempo, dimostrato che si può vincere l'immunità notevole dei conigli adulti verso il colera, anche omettendo l'impiego di « malefizi ».

Si tratta semplicemente di maneggiare e di dosare adeguatamente le culture vibrioniche che si vogliono adoperare e che si debbono iniettare per via endovenosa.

È noto da tempo che se si iniettano i vibrioni nelle vene a dosi elevate come quelle che vengono usate comunemente, si produce un volgare setticemia. Se si impiegano dosi minori, i conigli non muoiono subito. Ma dopo un periodo d'incubazione di 6-8 giorni finiscono, quasi sempre, col soccombere e, all'autopsia, offrono un quadro anatomico che è caratteristico del colera. In tal caso il sangue e i visceri sono del tutto sterili: i vibroni si ritrovano nella cistifellea in cultura pura e lungo tutto il canale digerente — dal duodeno al retto — in quantità più o meno abbondante.

Le dosi piccolissime non sono mortali, ma se 24 ore dopo l'iniezione endovenosa di una dose non mortale di vibrioni, si inoculano colibacilli viventi nello spessore della parete dell'appendice o del *sacculus rotundus* o si pratica l'iniezione endovenosa di 1-2 c.c. di colifiltrato, il coniglio muore infallantemente di colera intestinale entro le 12 ore successive.

Se il colera non si produce (il che accade qualche volta) o se gli animali guariscono, questi conservano a lungo i vibrioni nella bocca.

Nei conigli immunizzati contro i vibrioni la « lesione colibacillare » resta incapace di provocare il colera intestinale.

Anche nei conigli immunizzati contro il colibacillo od accostumati all'azione dei colifiltrati, non si riesce a riprodurre il colera.

L'A. ha sperimentato con due vibrioni, uno dei quali isolato sull'Isonzo, l'altro nelle Puglie. Il secondo è più virulento e più tossico: determina sintomi e lesioni più gravi, ma si sviluppa nell'intestino più scarsamente del primo: infatti si ritrova, per lo più, solamente nell'ileo. Ciò fa comprendere perchè, in casi autentici di colera, anche gravi e fulminanti, possa riuscire difficile od anche infruttuosa la ricerca dei vibrioni nelle deiezioni.

***

Le ricerche del Sanarelli concordano con i dati dell'epidemiologia.

Il compito della lesione colibacillare intestinale nel favorire l'attecchimento dei vibrioni ci spiega perchè il colera si determini più facilmente allorchè l'intestino si trova in stato di minorata resistenza. Al principio di ogni epidemia, infatti, sono spazzati tutti coloro che hanno l'intestino già in disordine o malato. È probabile che le lesioni che predispongono di più all'attecchimento dei germi specifici siano quelle di natura colibacillare, p. e. molte appendiciti croniche. Anche l'improvvisa virulentazione del colibacillo, come avviene in molte appendiciti acute, scatena probabilmente il colera quando i vibrioni, dalla bocca, sono già passati in circolo ed hanno raggiunto le pareti intestinali.

Da queste ricerche rimane meglio chiarito anche il compito degli errori dietetici e dei cibi indigenti nel favorire il colera. Forse si è ritenuto erroneamente che alcuni di questi cibi fossero trasmissori di vibrioni.

Quando invece le pareti intestinali sono integre, i vibrioni vengono probabilmente espulsi senza arrecar danno: l'intestino sano ha ben poco da temere da parte dei germi colerigeni. E così si spiega come persone sane possano esporsi spesso al contagio, vivere tra i colerosi, senza risentire disturbi apprezzabili.

Questi soggetti possono portare per lungo tempo impunemente i vibrioni nell'intestino e disseminarli. È probabile anzi che i cosidetti « portatori » siano molto più numerosi di quanto non si creda.

Le ricerche del Sanarelli imprimono un nuo-

vo indirizzo alla profilassi, in quanto che da esse emerge una nozione nuova: l'utilità di tenere sempre ben pulite e curate le prime vie digerenti (bocca, retrobocca, tonsille), eventualmente mercè disinfezioni periodiche blande.

Dalle medesime emerge altresì il suggerimento di allontanare dai focolai epidemici tutti gli enteropatici, gli appendicitici cronici, ecc., o di adottare delle cautele speciali per questi pazienti.

Ancora: da esse risulta rafforzato il principio delle vaccinazioni anticoleriche. Si dubitava che queste potessero giovare, poichè si escludeva che gli anticorpi potessero raggiungere i vibrioni moltiplicantisi nel lume intestinale. Ora invece apprendiamo che gli anticorpi vengono a diretto contatto con i vibrioni, nell'intimità stessa dell'organismo.

Infine, dalle ricerche di Sanarelli viene convalidata l'utilità dell'igiene alimentare nei tempi di epidemia. Mantenere intatta la normale funzionalità dell'intestino era un vecchio canone suggerito dall'esperienza pratica, ma oggi ne abbiamo la spiegazione e la dimostrazione scientifiche.

Queste ricerche si riflettono anche sulla terapia, in quanto che dimostrano che dobbiamo aspettarci poco dalle cure locali, praticate a mezzo degli antisettici intestinali. Essi dischiudono forse vie nuove alla cura del colera, poichè riesce innegabilmente più facile di colpire l'agente morboso quando si conoscono le sue vie d'ingresso nell'organismo e i punti delle sue localizzazioni preferite.

*
* *

La patogenesi del colera, quale risulta dalle ricerche del Sanarelli, richiama quella di altre infezioni ed infestazioni. Per esempio, il Sanarelli stesso aveva già dimostrato, come sappiamo, che il tifo è una infezione generale prima di essere un'infezione intestinale; ancora: l'anchilostoma penetra per la pelle e invade la circolazione generale, prima di giungere nell'intestino; ancora: la Bilharzia penetra per la cute o per la mucosa orale e va a fissarsi nel sistema linfatico o sanguigno (Leiper).

Risultano precisate tutte le tappe dell'infezione colerica, dalla bocca al lume intestinale: non resta, quasi, nessun punto oscuro.

Probabilmente questa concezione così completa e definita aiuterà nella interpretazione di molte altre infezioni intestinali, come le febbri tifoidi e paratifoidi, le dissenterie, molte enteriti, ecc.

È probabile che essa valga a lumeggiare anche il meccanismo di alcune infezioni localizzate, come l'appendicite. Sono già accertati del resto, i rapporti etiologici tra angine ed appendiciti, enterocoliti, ecc., tra epidemie di angine e di appendiciti.

Il Sanarelli avverte che, molto probabilmente, anche la flora microbica che si trova nel contenuto dell'intestino cieco, proviene in massima parte, non dalla via gastrica, lungo l'intestino tenue, ma attraverso la circolazione linfatica. I germi intestinali costituirebbero lo « *scarico* » dell'organismo, che si sbarazzerebbe di essi espellendoli nel contenuto intestinale. Il fenomeno fagocitario, che costituisce una funzione normale la quale assicura la nettezza e l'integrità dei tessuti perennemente insidiati dalle aggressioni microbiche di ogni specie, verrebbe integrato dalla espulsione dei germi fagocitati attraverso le pareti intestinali.

Infatti Sanarelli ha sorpreso la apparizione dei primi batteri entro l'intestino dei conigli neonati, 24 a 36 ore dopo la nascita, proprio al livello alla valvola ileo-cecale, ove non avrebbero potuto giungere per la via gastrica, senza avere pullulato prima nelle porzioni superiori del canale digerente.

Si tratta dunque di un fenomeno d'ordine generale, che certamente proietterà viva luce su molti fatti della fisio-patologia. È difficile misurarne oggi tutta la portata.

*
* *

La breve nota preventiva del Sanarelli lascia supporre che, nella redazione del lavoro completo, atteso ormai con legittima impiazienza, troveremo largamente sviluppati tutti questi punti, così pieni di originalità e di interesse scientifico e pratico.
V. L.

MEDICINA.

I segni della pleurite dell'apice e loro valore nella diagnosi della tubercolosi polmonare dell'adulto.

(E. Sergent. *La Presse médicale*, n. 47, 1916).

È frequente trovare l'apice del polmone più o meno strettamente fissato alla gabbia toracica da aderenze. Tutti i gradi sono possibili, dalla sinfisi totale, che oppone una resistenza invincibile allo scollamento delle due lamine pleuriche e richiede l'impiego del coltello, se non lo strappamento del parenchima, fino al semplice ispessimento ed alle briglie più o meno lasse, o tese. Sono d'altra parte note le irregolarità della superficie degli apici polmonari, i solchi, le cicatrici stellate, le irradiazioni attorno ad un punto nodale, a volte sem-

plicemente fibroso, spesso fibro-calcareo, od anche più o meno caseose. Questa pleurite si estende a volte assai in basso, degradando, od accompagnandosi con altri focolai pleuritici, isolati, il più spesso alla base, nelle regioni dei seni costodiaframmatici.

È incontestabile che numerosi malati hanno sofferenze in corrispondenza della sommità del torace, che l'esame stetoscopico rivela in essa la presenza di rumori respiratori anormali, che l'esplorazione radioscopica mostra modificazioni dell'immagine normale e della trasparenza di questi apici, e che in questi stessi malati non esistono in alcun'altra regione del polmone segni patologici constatabili, se ne eccettui la presenza di gangli ilari, spesso calcarei, o di noduli, del pari cretacei, inclusi nel lobo inferiore e svelabili coi soli raggi X.

Il dolore « fra le due spalle », allorchè non esistano sintomi di nevralgia o di nevrite del plesso cervicale e del plesso brachiale, di mialgia, è di origine profonda: si tratta di una pleurodinia. Esso non è costante e suppone una lesione non ancora completamente cicatriziale; manca nella sinfisi completa, ed è esagerato dalle forti inspirazioni e dalla tosse. In questi malati la ricerca dei sintomi fisici fornisce indicazioni più o meno numerose e precise. Secondo l'estensione, e sopratutto lo spessore della pleurite, la percussione può dare o nessun rilievo clinico, od una ottusità completa; del pari colla palpazione nulla, od una abolizione completa del fremito vocale tattile. Colla ispezione si rileva avvallamento delle parti molli sopra e sotto spinose, se si tratta di una sinfisi profonda. Molto importante è l'ascoltazione ed è in essa che si debbono ricercare le più numerose cause di errore.

Con una sinfisi spessa si può avere silenzio, o diminuzione del murmure vescicolare. Durante la evoluzione acuta, o subacuta, essa provoca la comparsa di sfregamenti a volte molto lievi, circoscritti, che potrebbero anche essere confusi con dei rantoli. Su numerosi soggetti si trova un solo apice, o tutti e due più o meno velati, più o meno opachi, su una estensione più o meno ampia, senza che d'altra parte l'immagine radioscopica presenti dei caratteri anormali, se ne eccettui una ombra leggera, alla base dello stesso lato, od un pacchetto ganglionare in vicinanza dell'ilo e proiettantesi nello spazio chiaro mediano, il quale a volte è parzialmente, o totalmente impermeabile. Ora l'ombra dell'apice è spessa e la tosse non la modifica, ora, dopo la tosse, l'apice si illumina quasi normalmente; nel primo caso si può ammettere, se non esistano altri sintomi, una sinfisi spessa, causante una ombra completa, nel secondo caso il polmone è restato permeabile, ma l'ispessimento pleurico, impacciando la sua espansione e velandola nel tempo istesso, non permette all'aria di penetrare largamente che in grazia di una ispirazione forzata.

Il riavvicinamento di tre ordini di dati — stetoscopici, radioscopici, necroscopici — sembra essere nettamente dimostrativo. Si può quindi accordare alla pleurite dell'apice un valore molto considerevole, non solo per la diagnosi della tubercolosi, ma sopratutto per la diagnosi della forma e degli stadi di questa tubercolosi e, d'altra parte, essa contiene la spiegazione di qualche errore semeiologico e di qualche divergenza sul significato dei risultati forniti dall'esame degli apici nella tubercolosi.

Questa pleurite apicale si accompagna molto frequentemente con due sintomi obbiettivi: l'ineguaglianza pupillare e l'adenite sopraclavicolare. La prima trova, a seconda delle altre turbe funzionali che l'accompagnano ed a seconda che la pupilla del lato affetto è dilatata o ristretta, la sua spiegazione in una eccitazione, od in una paralisi del simpatico.

La dilatazione, od il ristringimento, può avere una relazione molto stretta con lo stadio evolutivo della lesione pleuro-polmonare.

L'adenite sopraclavicolare è osservata molto frequentemente nei tubercolosi. Essa non è particolare a questa categoria di malati, ma può del pari riscontrarsi nel corso di affezioni polmonari acute, o croniche, predominanti all'apice. È di già conosciuta l'adenite ascellare nel corso della evoluzione di certe pneumopatie e particolarmente nella tubercolosi: essa sembra corrispondere sopratutto alle lesioni pleuro-polmonari della base, o delle regioni medie.

L'adenite sopraclavicolare deve essere ricercata con cura, immediatamente al di dietro della clavicola, contro il bordo esterno dello sterno-cleido-mastoideo. Essa si presenta sotto la forma di un ganglio allungato, col grande diametro quasi parallelo alla clavicola, il cui volume varia da un fagiuolo ad una grossa fava ed anche di più, e la cui consistenza è ora dura e fibrosa, ora più o meno molle. Il volume e la consistenza seguono una evoluzione parallela: i grossi gangli sono molli, i piccoli duri.

Questa adenite sopra-clavicolare non ha alcuna relazione con l'adenite cervicale; senza dubbio essa a volte l'accompagna, ed è legata alla infiammazione della pleura apicale molto più che all'infiammazione del parenchima: è un sintomo di reazione pleurica, un segno obbiettivo, palpabile di pleurite dell'apice. Questa conclusione clinica è corroborata dai dati anatomici. L'anatomia normale non dà indicazioni molto precise sui linfatici della cupola pleurica. L'anatomia patologica ha d'altra parte dimostrato che, quando esistono aderenze fra i due foglietti, i linfatici della pleura viscerale possono, con l'intermediario dei linfatici neoformati che contengono queste aderenze, entrare in comunicazione con i linfatici della parete. Questa constatazione permette di riferire ad una origine pleurale l'adenite sviluppata nel tessuto cellulare della regione sopraclavicolare. Questa patogenesi ha trovato la sua dimostrazione definitiva nelle constatazioni fatte recentemente all'autopsia di malati portatori di questa adenite. German ha potuto isolare tutta una catena di linfatici sviluppati nel focolaio di pleurite apicale e terminante nei gangli sopraclavicolari, constatati durante la vita.

Quanto alla relazione che può esistere fra la consistenza di questa adenite e lo stato attuale della pleurite, sembra a priori che essa sia molto stretta e che un ganglio molle e voluminoso indichi una lesione in attività ed un ganglio duro e piccolo una lesione antica e cicatrizzata. Si comprende tutta l'importanza che avrebbe una certezza a questo riguardo dal punto di vista prognostico.

Per le modificazioni che essa produce, secondo il suo spessore e la sua estensione, del suono di percussione, delle vibrazioni vocali, dei caratteri del murmure vescicolare e dei rumori respiratori, dell'immagine radioscopica, essa conduce i medici, insufficientemente accorti, a diagnosticare una infiltrazione dell'apice là ove non esiste che una lesione benigna, se non una semplice cicatrice, vestigia di un passato ormai lontano. L'associazione dei sintomi fisici con l'adenite sopraclavicolare e la ineguaglianza pupilla e costituisce una specie di sindrome, il cui valore diagnostico non deve essere ritenuto trascurabile.

La diagnosi precisa della tubercolosi polmonare non si farà mai coi segni fisici soltanto: questi indicano la sede della lesione e non il suo carattere evolutivo. È sull'insieme dei sintomi generali, sulla febbre, sul dimagrimento, sull'anemia, sulla perdita delle forze, sulle turbe dispeptiche, sullo stato della tensione arteriosa, sui risultati della cuti o della intradermoreazione alla tubercolina che ci si potrà basare per apprezzare se un soggetto, nel quale l'esame fisico rivela dei segni di localizzazione, è o no in istato di attività tubercolare.

P. C.

La radioterapia delle adenopatie tubercolari periferiche.

(ALBERT WEIL. *Paris médical*, n. 39, 1916).

Poco tempo dopo la loro scoperta i raggi X furono impiegati in un gran numero di affezioni tubercolari, con le tecniche che gli apparecchi e le conoscenze di questa epoca, sugli effetti fisici delle radiazioni, permettevano. Quindi nulla di strano che i risultati siano stati variabili e che alcuni non abbiano voluto riconoscere ai raggi X altro merito, che quello di arrestare, ed in misura tutta relativa, l'evoluzione delle tubercolosi superficiali. Ma attualmente le tecniche radioterapiche si sono molto precisate. L'impiego di filtri molto spessi, destinati ad arrestare i raggi di notevole lunghezza d'onda, i quali, essendo di debole penetrazione, si arrestano negli strati superficiali della pelle e causano così delle radiodermiti, la possibilità di utilizzazione quasi esclusiva delle radiazioni di corta lunghezza d'onda, cioè delle radiazioni, il cui potere di penetrazione è molto grande, ed il cui effetto cellulare è dei più considerevoli, ha permesso di somministrare, senza inconvenienti, delle dosi di raggi X molto superiori alle dosi anteriormente impiegate, e di ottenere quindi risultati terapeutici anche quando si tratti di lesioni profondamente situate. Le affezioni tubercolari ossee e ganglionari periferiche, o profonde, hanno beneficiato più di tutte le altre dei progressi della tecnica.

Le adenopatie tubercolari periferiche possono essere divise in due categorie: le adeniti infiammatorie e le adeniti suppurate. Le prime sono costituite in certi casi da una serie di gangli circondati da tessuti più o meno spessi di periadenite. Altre volte esse sono costituite da una serie di gangli duri, isolati, formanti una vera catena estendentesi molto lontano dal punto, in cui le lesioni sono al loro massimo.

Le adeniti suppurate possono essere divise in adeniti suppurate non aperte ed in adeniti fistolizzate, complicate più o meno da tubercolosi cutanea. Le prime possono consistere in

un semplice ganglio riempito di pus più o meno liquido, con sensazione di fluttuazione, senza aderenza alla pelle e senza rossore; esse presentano allora la forma di ascesso freddo. Nella forma «ascesso caldo» di suppurazioni ganglionari al contrario la pelle è aderente ai gangli ed essa stessa è rossa ed infiammata. Fra le suppurazioni ganglionari aperte si possono fare delle distinzioni fra le ulcerazioni consecutive all'apertura di un ascesso ganglionare, le vecchie fistole ganglionari a suppurazione persistente, e le ulcerazioni fagedeniche, consecutive alla estirpazione di gangli suppurati.

Tutte queste distinzioni, che avevano il loro interesse in altri tempi, ne hanno perduta una gran parte da quando la tecnica radioterapica si è perfezionata, da quando si è potuto asserire che non esistono adenopatie tubercolari non guaribili col trattamento coi raggi X.

In tutte le adeniti infiammatorie il trattamento radioterapico basta da solo, anche senza l'associazione del trattamento elioterapico, o marino: questi ultimi, come il trattamento generale medicamentoso, non occorre siano aggiunti che per combattere la diatesi tubercolare e porre il soggetto in istato di maggiore resistenza. Nelle adenopatie suppurate non aperte è bene, con punture aspiratrici fatte a mezzo di aghi fini, di vuotare il pus, che forma ostacolo alla penetrazione delle radiazioni X e di sottoporre in seguito le lesioni al trattamento radioterapico intenso; nelle adenopatie suppurate con fistolizzazione ed ulcerazioni cutanee è utile di determinare in principio il deflusso del pus, di togliere i grumi, ed a volte le parti cutanee, che separano gli orifici fistolizzati e di praticare di tanto in tanto pennellature di iodio per combattere la infezione sopraggiunta e di non ricorrere che in seguito alle irradiazioni. Ma qui le irradiazioni restano sempre il primo trattamento: vuotare le fistole e lavare i tragitti non è mai bastato per guarire rapidamente ed esteticamente delle adenopatie; queste non sono che pratiche coadiuvanti.

La tecnica, che permette di ottenere questi risultati è la seguente. L'Autore divide tegumenti, che ricoprono le masse adenopatiche, in altrettante regioni, le quali è necessario ricevano una quantità sensibilmente uguale di radiazioni. Su ciascuna superficie fa cadere dei raggi duri, segnanti 8 o 9 al radiocromometro Benoist, che filtra con 4 mm. di alluminio. Moltiplica consecutivamente le sedute sulla stessa regione, fino a che in ciascuna porta di entrata siano state assorbite 10-12 od anche a volte 14 unità H, valutate ora per misura diretta a mezzo del cromoradiometro Bordier, o piuttosto per il calcolo a mezzo delle tavole di assorbimento stabilite da Guilleminot e Belot.

Salvo in certi casi di adenopatie molli, a sviluppo rapido, le quali sono manifestazioni di linfadenia piuttosto che di tubercolosi, l'Autore non ha mai constatato, con questa maniera di procedere, reazioni molto forti accompagnate da temperatura elevata; mentre al contrario, quando si trattano colla radioterapia le affezioni cancerose, si assiste spesso, all'inizio del trattamento, ad una vera tossiemia

Il trattamento radioterapico praticato con la suddetta intensità non determina nè l'accrescimento rapido delle masse ganglionari, nè la generalizzazione tubercolare. Gli Autori, che hanno constatato l'aumento rapido delle adenopatie, hanno tutti impiegato dosi insufficienti di raggi, le quali eccitano le cellule di nuova formazione, che si tratta di distruggere nella loro vitalità. Gli Autori, che hanno incriminato la radioterapia come generatrice di generalizzazioni tubercolari, hanno male interpretati i fatti. L'Autore non vide che una volta la generalizzazione tubercolare sopravvenire sei mesi dopo la fine del trattamento, e si trattava di un malato di già cachetizzato, profondamente reinfettato prima della istituzione del trattamento radioterapico.

P. C.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Lesioni ed effetti distruttivi delle bombe di aereoplano.

(NARDY V. WELLS e H. GRAEME ANDERSON. *The Br. Med. Journal*, 19 agosto 1916).

TIPI DI BOMBE.

a) Bombe a percussione ad alto esplosivo. — Pesano dalle 10 alle 20 libbre e consistono in una capsula di metallo spessa 7 o 8 mm. ripiena solo di alto esplosivo. A questo sono dovuti gli effetti distruttivi, nonchè all'involucro metallico il quale si rompe in frammenti di varie dimensioni, che vengono lanciati in ogni senso a fortissima velocità.

Possono essere lanciate sia a mano o al disopra del parapetto o attraverso un apposito spazio vuoto del pavimento, sia per mezzo di

uno speciale dispositivo comandato da leve manuali o da pedali. Quando la bomba lascia l'apparecchio scatta in essa una molla che la rende pronta alla esplosione per contatto. Tuttavia talvolta tale esplosione non avviene e parecchie bombe si trovano intatte.

b) Bombe incendiarie. — Constano di un sottile involucro metallico contenente un eccipiente immerso in sostanza altamente infiammabile come petrolio; la percussione provoca l'accensione.

PERCORSO DELLA BOMBA.

Il proiettile è lanciato di solito da un'altezza di 1000-2000 m.; sotto a questa l'apparecchio entra nella zona pericolosa a causa degli antiaerei. Il movimento in avanti dell'aereoplano determina la prima parte del percorso della bomba, fino a che non predomina la gravità e allora esso è direttamente in basso salvo una lieve deviazione in avanti. Possono anche prodursi deviazioni laterali, sia per azione del vento, sia per azione centrifuga quando la bomba sia lanciata mentre l'apparecchio si inclina per voltare. L'esattezza del lancio quindi è influenzata da parecchi fattori, come l'altezza da terra dell'apparecchio, la velocità del vento, la gravità ecc.; e le probabilità di colpire un obbiettivo determinato, a meno che questo non sia grosso, sono piuttosto piccole.

La bomba lanciata scende rapidamente a terra con un rumore fischiante particolare affatto simile a quello di una scheggia di granata; ed, esplodendo, fa innalzare una nube di fumo e rottami alta 7-8 metri.

LESIONI.

a) Per l'esplosione in sè. — Sono l'effetto prodotto sull'individuo dalla commozione d'aria determinata dalla rapida espansione del contenuto del proiettile. Esso può produrre: 1° la morte istantanea senza alcuna visibile distruzione di tessuti; 2° può strappar via arti o frantumarli gravemente o causare ferite multiple. Lo *shock* traumatico in tutti questi casi è assai grave e talora irreparabile.

b) Per frammenti della bomba. — Le schegge in cui essa si divide non sono mai molto grandi, spesso anzi piccolissime. Gli individui ne possono esser lesi entro un raggio di 7-8 m oltre al quale le probabilità di sfuggirle aumentano assai; tuttavia un frammento può produrre gravi lesioni anche a una quarantina di metri dal punto di scoppio; a 15-20 metri dei frammenti penetrarono (per le aperture esistenti a fior di terra) in una cantina e ferirono tre persone.

c) Per ustioni. — I segni dell'ustione raramente si trovano isolati ma per lo più si accompagnano ad altre lesioni più gravi; si hanno solo a grande vicinanza dal punto di scoppio.

d) Per i gas. — Gli AA. non ne hanno avuto alcun caso, ma è possibilissimo che i gas che si svolgono al momento dello scoppio abbiano un effetto fatale o di intontimento sulle persone vicine.

e) Per rottami spostati dalle bombe. — Le lesioni così prodotte sono state assai lievi; le comuni bombe d'aereoplano non hanno tale potere da far saltare in aria un fabbricato in modo che i rottami ricadendo possano produrre lesioni gravi.

f) Per accidenti. — Accadono a quegli individui che nel loro spavento sfuggono dal luogo dell'esplosione senza fare attenzione alcuna.

g) Per proiettili antiaerei. — Durante i *raids* aerei nemici, l'aria è di fatto percorsa da una quantità di proiettili dei cannoni di difesa, onde il pericolo per gli osservatori curiosi e ignoranti è assai grande; è sorprendente anzi come fortunatamente le lesioni da questa causa siano relativamente scarse. Il fondello di un proiettile da 75 può produrre la morte istantanea. I proiettili che possono ricadere sono: 1° pallottole di fucili e mitragliatrici: discendono con velocità sorprendente, sufficiente ad uccidere o a lesionare gravemente; 2° frammenti di involucro e pallottole di shrapnel; 3° fondelli, spolette e proiettili interi di cannone inesplosi.

RAGGIO D'AZIONE DEI FRAMMENTI DI BOMBA.

In una prima serie di osservazioni gli AA. notarono che i frammenti per lo più erano lanciati in alto a un angolo di 30 gradi, sicchè un individuo che giacesse a terra nelle vicinanze andrebbe probabilmente illeso. Esse scavano un foro nel terreno profondo di regola circa 70 cm. Più recentemente le bombe lanciate esplosero in modo che i frammenti potevano dirigersi sia parallelamente al terreno, sia in alto con un angolo di 60 gradi.

EFFETTI DISTRUTTIVI.

Riguardano le strade, le case, le baracche, la spiaggia, i battelli:

a) Strade. — Si produce una buca larga 50-75 cm., profonda 30-50; i vetri a 100-150 m sono frantumati; le porte di legno a una decina di metri furono perforate dai frammenti; que-

sti possono, se decorrono parallelamente al terreno, penetrare nei sottosuoli e giungere fino alle finestre di un primo piano.

b) *Case.* — Le comuni bombe attraversano il solaro e scoppiano nella soffitta.

c) *Baracche.* — Le porte e finestre di vetro e di legno sono attraversate dalla bomba che esplode nell'interno provocando dei danni che si immaginano facilmente.

d) *Spiaggia.* — La buca che si produce è più piccola; si provoca un getto di sabbia umida lateralmente che arriva a 7-8 m. Dei sacchi pieni di sabbia costituiscono un'ottima difesa.

e) *Battelli.* — Una bomba che vi cada sopra esplodendo può produrre una falla e quindi provocare l'affondamento.

Precauzioni da prendere durante «raids» aerei nemici.

Segnali alla popolazione non appena l'apparecchio nemico è avvistato; ordine che tutti, eccetto quelli designati alla difesa antiaerea, si ricoverino nelle case e preferibilmente nelle cantine o in mancanza fuori della linea delle finestre.

Va ricordato che è difficilissimo a chi guarda determinare la posizione dell'apparecchio rispetto a quella propria sul terreno. Le zone pericolose sono davanti e di lato: di pochi metri direttamente dietro alla rotta; ma non si dimentichi che questa può esser cambiata d'un tratto. Si tengano pronti i posti di pompieri e le stazioni di pronto soccorso. Non si tocchino per nessun motivo le bombe inesplose cui debbono esser poste delle sentinelle. Si organizzino nelle case dei ricoveri; utilissimi a questo scopo i sacchi di sabbia ove il loro peso possa essere sostenuto.

Aereoplani e dirigibili possono e sono stati spesso usati nella guerra attuale in *raids* notturni; un punto degno di menzione è che in una notte calma, serena, a piena luna, l'apparecchio è assai difficilmente visibile mentre il pilota può vedere e può volare assai basso; quasi tutto quindi è in favore del nemico.

Interventi chirurgici.

Dopo un *raid* di aeroplani fruttuoso per il nemico, i feriti affluiscono nei posti di pronto soccorso. Le lesioni possono essere quanto mai varie e quindi è impossibile dettar regole circa gli interventi; ma possiamo dire che in genere questi non differiscono da quelli noti per le ferite di guerra e da terremoto. Alcuni pazienti sono oltremodo impressionati; ma il chirurgo procederà con la massima calma all'esame ed alla cura. Si porrà speciale attenzione al trattamento profilattico (antisepsi locale, eventualmente iniezioni di siero antitetanico).

Seb.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(Nostri resoconti particolari).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 novembre 1916.

Presidenza del prof. F. Durante, *presidente.*

Neurologia di guerra (ferite da proiettili del cervello e midollo spinale)

II comunicazione.

Prof. G. Mingazzini. — Il prof. Mingazzini presenta i risultati di osservazioni praticate sopra feriti da proiettili di guerra. Di questi alcuni avevano riportato ferite cranio-cerebrali in varie zone della superficie cerebrale, altri erano stati offesi direttamente od indirettamente nel midollo spinale. Inoltre ha fatto oggetto del suo studio tre pazienti affetti da lesioni della *Cauda equina*, ed in ultimo, ha illustrato un caso di sindrome di Bernard-Horner, determinato da lesione della 8ª radice cervicale.

L'O., il quale in altra comunicazione s'era trattenuto sui disturbi della sensibilità superficiale e profonda, consecutivi all'offesa dei giri cerebrali, questa volta ha creduto più opportuno occuparsi di alcune particolarità semeiotiche, fra le quali quella di alcuni segni che, anche quando il paziente sembra guarito completamente, tuttavia ancora permangono.

Così in un caso non riuscì a trovare altro che la flessione dorsale dell'alluce ed in un altro ipostereognosi: dell'importanza e della localizzazione di tali segni egli ragiona.

L'O. ha pure toccata la questione che si riferisce ai sintomi psichici che permangono in seguito ai traumi cranio-cerebrali: essi sono stati studiati con molta accuratezza da Marie e Froment, ed elevati quasi a dignità di sindrome. L'O., sebbene non abbia fatto oggetto speciale dei suoi studi siffatta sindrome, ammette con questi nevrologi che le vertigini e i così detti sbarbagliamenti rappresentino due reliquati abbastanza frequenti. Quanto agli altri disordini mentali, cioè dismnesie, difficoltà di percezione, emotività e così via, sembra all'O., che questi varino molto da caso a caso; in alcuni, in verità,non si riesce neanche con esame molto fine, a scoprirne in altri invece la sindrome diventa molto più ricca e molto più grave fino a prodursi uno stato quasi sub-stuporoso.

Per ora sembra prematuro all'O. di affermare che vi siano segni psichici quasi particolari delle lesioni di alcune zone cerebrali. Bisogna tener conto secondo lui della profondità delle lesioni, della loro estensione, delle difficoltà del circolo create dalle aderenze con le meningi e coi giri.

L'O. richiama l'attenzione sopra un raro caso di emianopsia a quadrante superiore sinistro, determinata da un proiettile che, penetrato nel girus angularis di sinistra, si era fermato in un punto corrispondente presso a poco al girus occipitalis superiore di destra, poco al disopra del tentorium cerebelli.

L'O. si occupa pure dell'intervento operativo tardivo (o secondario) nei pazienti che presentano sintomi di compressione, dipendenti dall'avvallamento della parte del foro o da sinechie cranio-meningee o meningo-cerebrali e si augura che questo punto, assai importante anche dal punto di vista medico legale, divenga oggetto di speciali ricerche e discussioni.

Quanto alle lesioni del midollo spinale ne illustra 4, uno del midollo cervicale inferiore, due del dorsale, uno del midollo lombosacrale. In due di questi pazienti non si riuscì a scoprire coll'esame radiografico alcuna ferita delle vertebre, nè alcuna scheggia nel canale vertebrale. L'O. ricorda osservazioni fatte da insigni neurologi, simili completamente alle sue; tuttavia ricorda quanto hanno veduto Benda ed Hansemann, cioè che talvolta piccole lesioni delle vertebre si scoprono appena al tavolo anatomico dopo una dissezione molto diligente. Ad ogni modo non è alieno dal credere che per contraccolpo in seguito ad urto assai violento sulla colonna vertebrale, si possano svolgere ematomielie centrali. Seguono altre due osservazioni dell'O., l'una sopra un caso di sindrome atassico-paraplegica e l'altra sopra un caso di paraplegia completa isterica, consecutiva a commozione del midollo, quest'ultima guarita in modo completo. Non è d'accordo del tutto con Léri, il quale vuol dare una importanza soverchia all'isteria; pare a lui che se ad es. nei primi giorni di una paraplegia isterica si nota perdita, sia pure transitoria, dell'urina, è verosimile vi sia stata anche una commozione vera e propria del midollo sacrale.

Per quanto concerne i tre casi di lesione della cauda l'O. insiste sulla prognosi relativamente favorevole delle medesime anche quando le atrofie gravissime muscolari degli arti inferiori e i dolori violentissimi, come pure i dolori retto vescicali, possono imporre per una sindrome inguaribile. È partigiano del non intervento e illustra uno dei casi più gravi, nei quali la paraplegia atrofica gravissima, insorta nelle prime settimane dopo il trauma, andò a poco a poco migliorando, sicchè alla fine non rimase altro che la paralisi totale di un piede e parziale di una gamba. Un intervento operativo appropriato (artrodesi), permette ora al paziente di camminare abbastanza svelto coll'appoggio del solo bastone.

Il prof. RHO, prendendo la parola sull'argomento, ritiene opportuno che i chirurgi prospettassero ai loro clienti il miglioramento possibile in seguito ad un atto operativo e nello stesso tempo in appositi moduli fosse indicato se il chirurgo ha dato o no tale consiglio perchè ciò potrebbe avere valore nella liquidazione di competenze quando si dovrà giudicare l'entità del danno subito dal ferito.

Il presidente prof. DURANTE, a proposito della comunicazione del prof. Mingazzini, rileva che dai tanti casi da lui studiati, sia di tumori cerebrali che di altre lesioni, ha sempre constatato che i fenomeni psichici si manifestano quando il tessuto nervoso cerebrale prende parte al processo morboso con fatti reattivi o con neoplasie progressive, che danno compressione da un lobo all'altro, che poi a mano a mano per compressione endocranica generale si diffonde agli altri centri cerebrali. Quando invece si ha semplice compressione limitata alla lesione vale a dire non si trasmetta agli altri centri cerebrali le manifestazioni di localizzazione sono più nette e allora si osservano solo sintomi psichici, motori, sensitivi e sensoriali che sono in diretta dipendenza della zona compressa.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOLOGIA.

Apprezzamento della potenza di riserva del cuore.

I sintomi clinici classici rivelatori della debolezza circolatoria (dispnea da sforzo, oliguria, edemi, congestioni passive, ecc.), hanno l'inconveniente che o sono soggettivi e quindi non passibili di controllo, o tardivi, ovvero non patognomonici.

Martinet (*Presse médicale*, n. 4, 1916) come prove funzionali circolatorie, propone le seguenti:

b) *Prova statica*. Soggetto coricato, in completa risoluzione: si conta il polso fino a che due misure successive diano la stessa cifra, e si misura la tensione massima e minima. Poi il soggetto passa alla stazione verticale; dopo una pausa, in modo da eliminare l'elemento movimento, si prendono le stesse misure.

b) *Prova dinamica*. In seguito il soggetto esegue *a ritmo moderato* 20 flessioni profonde sugli arti inferiori: per tre-cinque minuti si prendono polso e pressione di minuto in minuto: poi il soggetto si corica e, dopo una pausa, si riprendono nuovamente le misure.

È conveniente adottare una stessa ora della giornata, lontana dai pasti; preferibilmente al mattino.

Nei soggetti normali dal punto di vista circolatorio, si osserva: 1) *per quanto riguarda il polso*: il passaggio dalla posizione orizzontale alla verticale provoca una leggiera accelerazione (4-8 pulsazioni): le flessioni degli arti inferiori determinano un'accelerazione media (16-20 pulsazioni); il riposo riconduce il polso alla norma, o sotto di essa in meno di tre minuti. 2) *Per quanto riguarda la tensione*: il passaggio dalla posizione orizzontale alla verticale determina leggera elevazione della tensione massima e minima (1/2 cent.): le venti flessioni danno notevole elevazione della tensione massima (40 mm. circa) e leggiera della minima (10 mm.): il riposo riconduce le condizioni alla norma in meno di tre minuti.

Negli asistolici, cardiaci deboli, ecc., si osserva: 1) *per quanto riguarda il polso*: il passaggio dalla posizione orizzontale alla verticale provoca notevole accelerazione del polso (16-24 pulsazioni): le venti flessioni determinano enorme aumento (fino a 30 ed oltre): il perturbamento acceleratore persiste cinque, dieci minuti e più dopo il ritorno alla posizione orizzontale. 2) *Per quanto riguarda la tensione*: il passaggio dalla posizione orizzontale alla verticale non eleva o anche talora abbassa la tensione massima, mentre eleva di 10 mm. o più la minima; le venti flessioni danno elevazione minima o nulla della tensione massima e relativamente considerevole della minima; le perturbazioni sfigmomanometriche persistono 5-10 minuti e più dopo il ritorno alla posizione orizzontale.

Vi sono poi numerose forme di passaggio, con reazioni a tendenza iposistolica. La nevrosi cardiaca reagisce in modo esagerato, sia per la frequenza del polso che per l'aumento della tensione; vi è però la tendenza ad un rapido ritorno all'equilibrio, che dimostra l'integrità del miocardio.

La prova statica (reazione di adattamento all'attitudine) sembra caratteristica del tono vasomotore; la prova dinamica (reazione di adattamento allo sforzo) è caratteristica della potenza di riserva del miocardio. FIL.

CASISTICA.

Un'osservazione paradossale sul cancro.

C. E. Tennant e Casper F. Hegner (*Western Surgical Assoc.* rif. in *Journ. of Am. med. Assoc.* 15 genn.) riportano un caso in cui nonostante vi fosse un carcinoma pregresso, e non ostante la presenza di un'ulcera cronica in una regione favorevole allo sviluppo del carcinoma, questo non si è verificato, quantunque la paziente si trovasse nell'età per ciò favorevole.

Si trattava di una donna di 58 anni che dall'età di 16 anni soffriva per disturbi gastrici con nausee e vomiti, che si sono fatti gravi e costanti fin dal 1905. A 23 anni, durante l'allattamento, ebbe un ascesso mammario, svuotatosi a traverso il capezzolo, a 44 allo stesso capezzolo si sviluppò una forma morbosa che sette anni dopo venne diagnosticata come morbo di Paget e curata inutilmente con i raggi Rentgen. A 54 anni, essendosi formate delle ulcerazioni fibrose, vennero asportate insieme al capezzolo. Quasi due anni dopo, essendosi sviluppato un tumore alla stessa mammella, questa venne asportata completamente con le masse muscolari e le ghiandole linfatiche; l'esame istologico mostrò trattarsi di carcinoma. Quattro anni più tardi la paziente, che non aveva avuto recidive locali, si presenta nuovamente, questa volta, per i disturbi ga-

strici, che l'avevano ridotta in cattive condizioni, facendole perdere altresì parecchi chilogrammi di peso. All'atto operativo venne riscontrato che la parte pilorica dello stomaco, lo stesso piloro e la prima parte del duodeno erano fusi in una massa molto aderente ai tessuti circostanti; la massa venne largamente asportata, praticando una gastroenterostomia. L'esame istologico escluse trattarsi di carcinoma; non si è più avuto nessun accenno di recidiva. Eppure la natura cancerigna pareva imporsi e per i caratteri clinici della lesione e per i precedenti. Fil.

TERAPIA.

La guarigione rapida delle fistole e degli ascessi anali.

I metodi odierni di trattamento delle fistole anali, oltre ad esigere una cura molto prolungata, lasciano spesso incontinenza. Chaput (*Paris médical*, 26 agosto 1916) propone dei metodi con cui ha ottenuto la guarigione, in 15-20 giorni, senza recidive e senza sezione dello sfintere.

Per la *fistola cieca esterna*, l'A. la sbriglia, sì da potervi introdurre il dito; poi la esplora con la sonda scanalata, in modo da scoprirne tutti i diverticoli che sottopone ad un accurato *curettage*.

Introduce in seguito una pinza ricurva sino in fondo al tragitto, spingendola poi dall'indietro all'avanti, in senso parallelo al piano mediano, fino alla pelle, evitando di ledere il retto. Allora incide la pelle e fa passare la pinza per l'incisione in modo da afferrare un filo (crine o gomma piena n. 10), che lega ad ansa. Compie poi la stessa manovra dall'avanti all'indietro e riporta un secondo filo, che annoda pure ad ansa. Analogamente si procede per tutti i diverticoli, suturando poi le incisioni cutanee. Medicazione all'ossido di zinco e garza asettica, da ripetersi dopo ogni defecazione pulendo la regione con alcool canforato. Dopo 15 giorni si possono togliere i fili, prescrivendo ancora il riposo per altri 10-15 giorni, fino cioè a cicatrizzazione completa.

Per le *fistole complete*, dopo un'accurata esplorazione, l'A. fissa i margini dell'orificio rettale con quattro pinze di Kocher, resecando la circonferenza dell'orificio mucoso. Dall'orificio mucoso della fistola e l'ano da un lato e dall'incisione cutanea dall'altro si passa un filo ad ansa. Le incisioni perineali vengono suturate con dei fili ad ansa abbastanza lontani. I diverticoli si trattano come si è accennato. Medicatura a secco; regime latteo e somministrazione di estratto tebaico, in modo da indurre la costipazione; proibizione assoluta di camminare. Dopo otto giorni si sopprime l'oppio per due o tre giorni, rinnovando la medicatura dopo ogni deferazione; in seguito si prescrive ancora l'oppio per un'altra settimana, e così di seguito fino a guarigione completa. Si levano i fili quando la secrezione è diventata insignificante, e si continuano il riposo a letto e le medicature fino a cicatrizzazione completa.

Nelle *fistole cieche interne*, si incide la pelle nel punto declive, e si tratta come la fistola completa. Talora si possono avere degli *scollamenti sottomucosi*, di cui è difficile conoscere l'esistenza: l'A. consiglia di dilatare l'ano, ed il retto sotto anestesia, introducendo uno specillo nell'orificio interno della fistola: poi con una sonda si ricerca l'eventuale scollamento al di sopra dell'orifizio e, curvando poi la sonda ad uncino, si ricercano gli scollamenti inferiori o laterali, tagliando poi con le forbici.

Per quanto riguarda le *fistole pelvi-rettali superiori*, l'A. le dilata per mezzo di incisioni raggiate dell'orificio cutaneo e con i dilatatori di Hegar, esplora il tragitto ed i diverticoli e procede al *curettage*. Allo scopo di stabilire il drenaggio filiforme, poi, introduce nella fistola ed in ogni diverticolo, una candeletta in gomma del n. 10 o 12, che esce dall'orificio cutaneo, dove viene tagliata ed assicurata con uno spillo doppio. Oppure a qualche centimetro avanti alla fistola, pratica una piccola incisione delle parti molli attraverso a cui, con una pinza curva, stabilisce un tragitto fino all'estremità superiore della fistola; afferra poi un filo, che viene portato sino in fondo alla fistola ed annodato ad ansa alla pelle; eventualmente si può anche procedere a larghi sbrigliamenti.

Quanto agli *ascessi anali*, quando sono extrasfinterici o sottomucosi, e tuttora chiusi, si fa una puntura con il bistori nel punto culminante, vi si introduce una pinza curva od una Beniqué, che si porta al polo posteriore dell'ascesso, dove si perforano le parti molli, parallelamente al piano sagittale, e, quindi alla pelle si pratica un'incisione attraverso a cui si fa passare del crine o dei tubi di gomma pieni. Analogamente si procede per il polo anteriore dell'ascesso.

Negli ascessi profondi, al di sopra dell'elevatore dell'ano, si fa un'incisione al polo inferiore, e si pratica una seconda incisione a qualche centimetro avanti alla prima, passando poi un filo fra di esse. Poi se ne pratica una terza (posteriormente alla prima) nella sacca inferiore dell'ascesso, passandovi pure un filo ad ansa. Oppure si può fare anche una

sola incisione, drenando ogni diverticolo con un filo d'argento, piegato in due o con delle candelette uretrali.

Beninteso l'ammalato deve conservare il riposo assoluto in letto.

ini.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(760) *Trattamento della scarlattina.* — Le sarò obbligatissimo, qualora vorrà, nella posta degli abbonati, darmi schiarimenti:

1° Circa la cura più moderna e più razionale della scarlattina, specie in presenza di forme maligne con gravi complicanze di angina scarlattinosa, o con nefrite;

2° circa l'uso di sieri possibilmente giovevoli e quindi preferibili e consigliabili.

Dr. T. P.

Ecco in riassunto le cure speciali da prestarsi nella scarlattina, tralasciando di parlare di quelle comuni ad altre malattie contagiose dei bambini, e di quelle sintomatiche.

Profilassi. — Misure di isolamento rigorose, allontanamento dalla scuola dei bambini venuti in contatto dello scarlattinoso per un periodo di almeno *14 giorni. Durata dell'isolamento del malato*: *6 settimane.* Unzione della cute con vaselina durante il periodo di desquamazione.

Cura. — Nei casi lievi il bambino rimarrà in letto almeno 4 settimane, nei gravi e nei complicati la degenza in letto sarà aumentata in proporzione. La dieta in questo periodo sarà di latte, cibi cotti con latte (semolino, riso, topioca) burro, zwieback o pane bruscato, farinacei. Bevande: acqua Vichy, aranciate, sciroppi. Nelle febbri elevate oltre all'euchinina, al salicilato di sodio e all'aspirina, si ricorra ai bagni tiepidi raffreddati (da 35° a 32° C.).

La pulizia della bocca si pratichi con acqua ossigenata all'1-2 % (come colluttorio o anche con tamponi di garza); nel naso si istilli dell'olio mentolato (1 %). Nei casi di complicazioni faringee si pulisca con tamponi imbevuti in soluzione di permanganato di potassa (0.50 ‰) e si facciano irrigazioni con la medesima soluzione. Nelle riniti gravi si faccia precedere la istillazione di olio mentolato da irrigazioni di soluzione di permanganato.

Le labbra si ungano con vaselina borica al 3 %, con la quale si ungeranno anche gli orifici delle narici. Non si tardi ad iniettare il siero antidefterico (2-3000 U. I) appena si sospetti una complicazione difterica.

Nelle adinamie si usi il thè, il caffè, il cognac, il digalen e le iniezioni di canfora.

Si sorvegli l'orecchio per la possibilità di una otite o di una mastoidite.

Nelle adeniti si usino impacchi caldi di acqua salata e le applicazioni di pomata allo jotione.

Nelle affezioni reumatoidi si ricorra alla aspirina o al salicilato di sodio.

Nelle forme ad andamento grave si consigliano sempre le iniezioni di elettrargolo (10 cm.³ pro die).

La siero-terapia, la quale è molto discussa, si consiglia nei casi gravi e nei primi giorni di malattia (non più tardi del 4° o 5° giorno). È stato usato il siero streptococcico polivalente, e con risultati forse migliori il siero Moser. Questo si prepara immunizzando il cavallo con streptococchi ottenuti in coltura pura dal sangue del cuore di bambini morti di scarlattina. Vengono iniettati nel cavallo le colture in brodo viventi. Il siero viene iniettato solo una volta in un sol punto nella dose di 200 cm.³. L'iniezione si pratica nei tegumenti dell'addome.

M. F.

(761) *Sulle modificazioni dei riflessi tendinei.* — L'abbonato 7190 desidera sapere quale libro tratta esaurientemente dei riflessi tendinei; quali mezzi e sostanze per uso interno ed esterno possono accentuarli, attenuali e sopprimerli: la stanchezza fisica, il riposo muscolare od altre condizioni come influiscono su di essi.

La risposta al quesito proposto importerebbe una lunga dissertazione. Consulti i trattati di fisiologia, sopra tutto il Luciani, e quelli di semiotica nervosa, come il Dejerine. Ci limitiamo qui a dire che gli anestesici e sopra tutto il cloroformio, indeboliscono o anche aboliscono i riflessi, mentre i convulsivanti, come la stricnina, li esagerano. La stanchezza fisica produce indebolimento dei riflessi tendinei.

Dr.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione.

A. Broca. *Les séquelles ostéo-articulaires des plais de guerre.* L. 4.00. Collection Horizon-Masson et C.ie ed., Parigi.

Le multiformi lesioni che i molteplici e nuovi meccanismi di offesa della guerra inducono nelle ossa e nelle articolazioni sono spesso seguite da fatti anatomici e funzionali che invano si cercherebbero nei varî libri di testo precedenti alla guerra. Il volume che l'illustre professore di anatomia topografica di Parigi ha testè pubblicato nella *Collection Horizon* dell'editore Masson colma questa lacuna. Esso contiene una descrizione abbastanza dettagliata ed illustrata da figure dei calli deformi, delle osteomicliti traumatiche prolungate, delle complicazioni articolari e muscolo-tendinee, e dei rispettivi metodi di cura. Il libro si chiude con una trattazione medico-legale sullo stato definitivo, sulla quistione dell'indennizzo unico o a mezzo di gratificazione ed infine sulla quistione del rifiuto di cura da parte dei feriti.

a. a.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Dove si parla ancora di Croce Rossa.

Scrivo facendo assegnamento non sulla indulgenza, ma sulla equanimità della Censura la quale non vorrà inalzare ad assioma il concetto già troppo diffuso della intangibilità della Croce Rossa, molto più oggi che i giornali politici han messo assai profondamente il dito nella piaga. Per non mettere il Censore in imbarazzo non tratterò argomenti scabrosi; verrà tempo, io spero, di parlarne e di scriverne liberamente.

Da ogni parte si leva ed in mille forme si ripete ai cittadini la parsimonia, l'economia, l'abbandono di ogni spesa inutile. È giusto. Le energie economiche del paese debbono gelosamente custodirsi e conservarsi in questo frangente; ma io penso che l'esempio deve venire dall'alto perchè è inutile consigliare ed imporre privazioni mentre d'altro lato si fa scempio di quel denaro che sotto una forma qualsiasi esce sempre dalle tasche dei cittadini.

Dirò della Croce Rossa italiana solo discutendone l'opera generale sopra una base esclusivamente economica, di interesse pubblico, perchè è proprio il pubblico che dopo aver provveduto alla vita della Associazione come oblatore generoso e spontaneo, deve ora sotto la dura veste di contribuente colmarne i *deficit*.

La guerra Libica, ove la Croce Rossa ebbe il battesimo del fuoco, aveva scoperte tante deficienze e tante magagne che già avevan fatto capo in occasione di grandi calamità nazionali; ma quella famosa e non mai abbastanza deplorata forma di *amor di patria* che tanto piamente e calorosamente invocano coloro che lo fan consistere nel loro unico e personale interesse, impedì di por mano ai ripari, di sviscerare questioni vitalissime; onde quali quella guerra ci lasciò, questa ci ha trovati.

Nessuno oserebbe impugnare che la Croce Rossa fu istituita in omaggio a scopi nobilissimi, ma è altrettanto discutibile se allo stato attuale delle cose abbia vera ragione di esistere. Poichè i buoni ideali presentano sempre un lato simpaticissimo anche quando perdono ogni efficienza pratica, non è male mantenerli vivi al culto della gente; per ciò la Croce Rossa doveva rimanere simbolo di un principio altamente umanitario, mantenendosi però all'altezza delle sue tradizioni, senza di che perde ogni ragione di esistenza.

All'inizio della guerra la Croce Rossa italiana possedeva circa quattro milioni raggranellati tra contributo di soci ed oblazioni; oltre al denaro esisteva molto ed assai buon materiale. Come sfruttare tutto ciò agli scopi della guerra? La Croce Rossa avrebbe potuto e dovuto rimanere ente affatto autonomo aprendo tre o quattro ospedali (più non consentivano i mezzi disponibili pur rafforzati dalla beneficenza) corredati di tutto il necessario, diretti ed eserciti da sceltissimo personale in modo da rappresentare un modello del genere. Gli ospedaletti di guerra, le ambulanze ed i treni-ospedale troppi di numero e non più corrispondenti del tutto alle esigenze della guerra attuale (possiamo fare eccezione per i treni-ospedale) potevano venire raggruppate, migliorate e date in consegna al Governo perchè le impiegasse nella quantità e nel modo più razionale.

In tal modo avrebbe avuta degnissima estrinsecazione il concetto idealistico dell'intervento diretto dei cittadini nella assistenza ai feriti di guerra, ma siffatta sistemazione aveva il grande..... svantaggio di precludere la via a migliaia di persone che in omaggio alla censura non si possono classificare e qualificare.

Si è voluto dunque portare in campo un numero enorme di unità sanitarie (rimaste inerti per molti mesi), piccole e per ciò molto costose proporzionalmente al rendimento, male organizzate spesso, dipendenti dalla Croce Rossa perchè emanazione di essa, dipendenti dall'esercito perchè militarizzate, una forma di ibridismo incongruente che fa del personale il servo infelice di due padroni ,che crea per necessità di cose e per volere di uomini antagonismi deplorevoli.

La mobilitazione di tante Unità e di tanto personale ha portato *non necessariamente e molto meno utilmente* ad altra grande piaga, alla creazione cioè di un numero infinito di uffici corredati di migliaia di ufficiali, sottufficiali e soldati; ed ecco al Comitato Centrale seguire i Comitati regionali, tutti in assetto di guerra e poi gli Ispettorati sanitari ed amministrativi con tutte le Sezioni dipendenti, ecco una Delegazione generale con molte Delegazioni di Armata. In questi uffici han trovato posto gli alti gradi della Croce Rossa, per eccezione medici, la quasi totalità completamente ignara di ordinamenti militari e molto più di organizzazioni sanitarie.

Vorrei (non sono segreti di guerra!) avere tra mano l'organico di questo innumere personale che percepisce gli stipendi più lauti, le indennità di quella guerra dai disagi e dagli effetti della quale sta molto al riparo.

Lasciamo da parte cosa sono costati e cosa costano gli ospedali di guerra e quelli territoriali sparsi per ogni angolo di città ed in ogni paese ove la retta giornaliera dei ricoverati salirà a fin dei conti a cifre elevatissime, domandiamoci invece cosa costano gli uffici direttivi calcolando non solo gli stipendi ed indennità, ma il fitto dei locali, illuminazione, riscaldamento, spese di cancelleria ecc.; non tralasciamo quell'enorme cespite di uscite rappresentato dalle numerose automobili che davvero non stanno in ozio.

Se noi potessimo aver tra mano il conto reale esatto di tali spese ne saremmo meravigliati! Per averne una pallida idea si tenga presente che il costo di una Delegazione di Armata può farsi ascendere a *centomila lire* solo per assegni al personale durante il primo anno di guerra.

Poichè siamo a far cifre ecco che proporzioni ancor più gravi assume la spesa attualmente sostenuta per il personale di assistenza (soldati) della Croce Rossa. A parte la loro posizione di altissimo privilegio, ognuno di essi percepisce la paga giornaliera di L. 3.50 contro L. 0.50 che percepiscono i soldati dell'esercito. È impossibile calcolare il numero di questi fortunatissimi militari, supponiamo che solo in zona di guerra ve ne siano tremila (sono pochi, poi rimangono quelli degli uffici e servizi territoriali), costoro costano allo Stato L. 10.500 al giorno, ossia 3.852.500 lire all'anno contro L. 328.100 che costerebbero incorporandoli nell'esercito...

Non sarebbe il caso di ridurre alla più semplice espressione tale cespite di uscite che grava, è inutile negarlo, sul contribuente? Il Governo con opportuno provvedimento sbarazzò nel luglio decorso gli *alti gradi* che ingombravano i treni-ospedale della Croce Rossa con discutibilissima opportunità teorica e pratica; sei tenenti colonnelli e 14 maggiori passarono a disponibilità, ma questo personale evidentemente superfluo dal momento che i treni han seguitato a correre ugualmente, se non più, era costato per il primo anno ben 213.200 lire.

Oramai molto tempo è trascorso e tutto quel personale burocratico si è guadagnate medaglie, croci, commende e benemerenze a iosa; tornino a casa i vecchi a riposare sui meritati allori ed i giovani (ce ne sono tanti!) prendano il posto, che loro spetta nelle file dell'esercito. I soldati aventi obblighi di leva seguano le sorti della loro classe almeno nello stipendio e potranno chiamarsi ancor fortunati...

Parlare di Croce Rossa come ente autonomo intangibile è cosa cui oramai pochissimi credono o meglio fan finta di credere; essa ha da troppo tempo esauriti i propri fondi, adesso è lo Stato che paga e ad esso spetta di diritto entrare in azione per sopprimere spese inutili ed insieme fare atto di giustizia e di moralità.

Queste conclusioni sembreranno in antitesi a quello che prima ho detto sulla opportunità di conservare una Istituzione almeno dal lato platonico. Rimanga pure la Croce Rossa ed abbia vita, la estrinsechi in un grande ospedale territoriale ed in un treno-ospedale come prudentemente ha fatto la Croce di Malta, ed il Governo continui a procurarle denari in segno di gratitudine per l'opera prestata.

A guerra finita vedremo se a tale gratitudine aveva diritto! L. DI SAN GRAAL.

A proposito di esoneri.

Caro Policlinico,

Ho tenuto dietro alle tue giuste osservazioni sulla nuova chiamata dei medici tutti indistintamente dall'84 in giù e devo proprio dirti che per esser la nostra appunto una classe privilegiata, trovo giustissima la nuova disposizione, che mi auguro avrà la sua applicazione su più larga base. Perchè tutta questa indispensabilità reale o virtuale sa un po' d'imboscamento.

In una parola e in conclusione di ciò, io sono del parere, credo condiviso dalla maggior parte dei colleghi, che esoneri nella classe medica non dovrebbero esistere che in numero limitatissimo e chi ha obblighi militari, debba in un modo o nell'altro prestare *servizio militare*.

Sono lieto che in tal senso siasi espresso anche il ministro Bianchi nell'intervista concessa al *Policlinico*.

Sarebbe pertanto giusto che anche i medici delle leve dall'84 al 76 seguissero indistintamente le sorti delle classi cui appartengono ed avessero la parte di servizio che ad essi compete.

Per i servizi civili, ammesso il turno, è facile ricolmare le vacanze che si verranno formando nelle condotte, ove gli indispensabili, credi a me, menano vita comodissima e più lucrosa.

Non credere che chi scrive debba non esser compreso, perchè sarebbe incoerente; è invece un tuo Abbonato esonerato.

ATTI PARLAMENTARI.

Per la protezione e l'assistenza degli invalidi di guerra.

La Camera ha discusso ed approvato il relativo disegno di legge.

Nella discussione sono stati sollevati varî problemi concernenti la profilassi delle malattie croniche, le provvidenze ai feriti e la rieducazione dei mutilati.

I punti di vista dei vari oratori emergono dalla risposta data dal ministro Bianchi, incaricato dal gabinetto di presiedere ai servizi di sanità.

A coloro che hanno propugnato l'esonero dei fisicamente deboli, siccome quelli che più facilmente possono diventare tubercolotici, l'onorevole Bianchi replica dicendo che molte volte essi sono risanati e rinvigoriti dalla vita del campo.

Circa l'ordinamento del servizio militare, osserva che solo gradatamente fu possibile provvedere alla selezione del personale secondo le particolari attitudini. Ricorda che molti istituti esistono per le cure fisiche dirette ad eliminare le conseguenze permanenti dei traumi e che inoltre il nostro paese è ricco di stabilimenti termali ove cure efficacissime possono istituirsi a tale scopo.

Raccomanda una buona educazione dei ciechi, esaltando i miracoli compiuti dall'educazione di questi infelici.

A proposito del discorso dell'on. Bonardi, invia un deferente saluto ai chirurgi italiani, ai quali si deve se i mutilati di questa immane guerra sono in numero proporzionalmente di molto inferiore che negli altri paesi. E non deve dimenticare i meravigliosi risultati della protesi facciale per riparare alla deturpazione delle numerose ferite alla faccia.

Conviene con l'on. Molina per l'istituzione di qualche altra buona clinica ortopedica, ma non accoglie il concetto della obbligatorietà dell'insegnamento dell'ortopedia. Gli studi di questa natura sono più profittevoli se liberi.

Esprime le sue preoccupazioni per le questioni medico-legali, cui questa legge apre un vasto campo. Desidera che i mutilati e gli invalidi della guerra non corrano i gravi rischi della legge sugli infortuni, le cui conseguenze sarebbero disastrose. Invoca un ufficio medico-legale alla dipendenza dell'opera nazionale, i cui giudizi siano inappellabili.

All'on. Maffi, che vorrebbe ad esempio della Francia un istituto centrale per la cura e la rieducazione dei mutilati e degli storpi, risponde che il Paese ha dimostrato di possedere grandi riserve di cuore, di intelletto e di mezzi.

Aggiunge che in questa materia non abbiamo da imitare nè da invidiare molto a Paesi assai meglio organizzati del nostro.

Ricorda che il Paese ha già provveduto con le iniziative private. Allo Stato non tocca che integrare quest'opera. Agli ordinatori delle assistenze per i mutilati manda il grato saluto del Governo e della Camera.

All'on. Bianchi si associa appieno il ministro dell'interno on. Orlando.

L'on. Eugenio Chiesa, relatore della Commissione per il disegno di legge, avverte che scopo precipuo della legge è di coordinare e integrare le molte iniziative private sorte per l'assistenza dei mutilati. Poichè si tratta non di un atto di beneficenza, ma del compimento di un preciso dovere dello Stato, si volle affidare questo compito ad un'opera nazionale di Stato. Se i fondi stanziati per il raggiungimento dei fini che la legge si propone risulteranno in pratica insufficienti, Parlamento e Governo non mancheranno di aumentarli. Per la fornitura degli arti artificiali, mentre l'Amministrazione militare già provvede il mutilato di un apparecchio provvisorio e di quello definitivo, la riparazione e la rinnovazione di questo saranno a cura dell'Opera nazionale. Conclude che la rieducazione professionale non si fa solo ai fini della utilità sociale, ma per strappare l'infelice alla disperazione e ridonarlo alla vita ed ai conforti che il lavoro può offrirgli, salvi sempre i suoi diritti alla pensione.

Per l' assicurazione obbligatoria contro gl'infortuni agricoli.

L'on. Benino ha svolto una sua proposta di legge per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni agricoli.

L'on. De Nava, ministro del commercio, industria e lavoro, dichiara che, fatte le opportune riserve, il Governo non ha nulla in contrario perchè il progetto di legge sia preso in considerazione; soggiunge che il provvedere all'assicurazione contro gli infortuni agricoli è per il Ministero del commercio e dell'agricoltura e pel governo intiero un dovere grandemente sentito.

La Camera delibera che il progetto di legge sia preso in considerazione.

Per il miglioramento dei servizi sanitari nell'esercito.

All'on. Dore, che aveva presentato un'interrogazione sui mezzi atti ad eliminare o ridurre le deficienze del servizio sanitario, il ministro della guerra ha risposto rilevando che i turni furono già iniziati, tanto che 800 ufficiali medici di oltre 40 anni e con un anno di servizio in zona di guerra, sono stati avvicendati da altrettanti colleghi i quali prestavano servizio negli ospedali territoriali; che nelle assegnazioni degli ufficiali medici si tien conto delle attitudini fisiche e professionali; che al trattamento dei mutilati e degli storpi si provvede trasferendoli in primo tempo in sezioni chirurgiche ed ortopediche, e poi in centri di cure fisiche; che i venereo-luetici leggeri sono curati presso i corpi, ambulatoriamente o nelle infermerie, mentre quelli affetti da forme gravi ven-

gono inviati negli ospedali militari, ove si è provveduto a creare reparti speciali affidati a specialisti; la vigilanza generale dei venereo-luetici è pure affidata a specialisti (uno per ogni corpo d'armata); quanto alla circolare del ministero dell'interno 12 aprile u. s., l'applicazione di essa è regolata dall'autorità sanitaria civile.

Licenziamento dei militari inabili dagli ospedali.

Ad una interrogazione dell'on. Dore, il ministro della guerra ha risposto, per iscritto, che sono state già rivolte replicate raccomandazioni alle autorità dipendenti, per l'invio in licenza dei militari divenuti inabili per cause estranee al servizio e per la giubilazione di quelli divenuti inabili per cause dipendenti dal servizio; siccome però non è stato raggiunto ancora l'intento, un'apposita circolare stabilirà che vengano senza indugio licenziati dalle armi tutti i militari riconosciuti inabili anche per i servizi sedentari: quelli la cui inabilità è accertata o solo presunta dipendente da causa di servizio, saranno inviati subito in licenza straordinaria con assegni, in attesa che vengano espletati gli atti medico-legali per l'accertamento dei loro diritti, in dipendenza della loro lesione od infermità.

Per i capitani medici della milizia territoriale.

Il ministro della guerra ha risposto nei seguenti termini ad un'interrogazione presentata dagli on. Vinaj ed Ollandini per invocare provvedimenti a favore dei capitani medici di milizia territoriale e della riserva:

« Nessuna sperequazione esiste nel trattamento tra ufficiali medici nominati per effetto della mobilitazione e quelli di ruolo (complemento, territoriale e riserva) perchè il decreto Luogotenenziale n. 245, in vigore fin dal 13 febbraio 1916 (circ. 159 del G. B. corr. anno), stabilisce che gli ufficiali medici attualmente inscritti nel ruolo di complemento, i quali posseggono titoli superiori al grado che rivestono, nonchè quelli di milizia territoriale e di riserva, che dichiarino di far passaggio per il tempo della guerra nel ruolo di ufficiali di complemento, potranno ottenere, a domanda, il grado corrispondente ai titoli posseduti.

D'altra parte bisogna considerare che la condizione degli ufficiali di ruolo (complemento, territoriale e riserva) e, cioè, degli ufficiali che hanno nell'esercito una veste militare permanente, a differenza degli ufficiali nominati in base a titoli accademici che rivestono tale funzione per la sola durata della guerra, è subordinata a quella degli ufficiali medici in servizio attivo permanente. Migliorate le condizioni di carriera di questi ultimi, come il Ministero ha già in studio, in conseguenza si avvantaggeranno anche le condizioni delle altre categorie di ufficiali di ruolo richiamati dal congedo ».

Altre interrogazioni.

Segnaliamo ancora le interrogazioni seguenti:

dell'on. La Pegna, sui militari ritornati dalla fronte affetti da infermità ed imperfezioni fisiche gravissime alle quali, per frettolose ed incomplete constatazioni, non viene riconosciuto il carattere di « malattie incontrate in servizio »;

dell'on. Basile, per lo scambio dei sanitari prigionieri con l'Austria;

dell'on. Dello Sbarba, sull'istituzione di nuovi ospedali militari destinati a rimaner vuoti od a dividere le degenze con gli ospedali esistenti, i quali si sono dimostrati fin'ora bastevoli a tutti i bisogni;

dell'on. Cannavina, per l'ammissione ai corsi speciali presso l'università di Padova degli studenti di medicina che prestano servizio nelle armi combattenti;

dell'on. Rampoldi, per il riconoscimento legale del titolo di specialista nell'esercizio dei vari rami delle discipline medico-chirurgiche;

dell'on. Scialoja, per l'esatta esecuzione della legge contro l'alcoolismo, in specie della disposizione che limita la vendita delle bevande alcooliche nei giorni festivi;

dell'on. Dugoni, perchè agli ospedali militari siano comandati soldati di sanità di III categoria del 1881 e delle classi più anziane;

dell'on. De Giovanni, perchè gli ospedali contumaciali siano rimossi dalla prossimità di centri abitati;

dell'on. Vigna, perchè il « Bollettino quindcinale delle malattie infettive » sia inviato agli ufficiali sanitari delle città sede di ufficio d'igiene;

degli on. Dello Sbarba e Queirolo, perchè almeno nei centri urbani le farmacie rimangano aperte l'intera giornata;

dell'on. Cagnoni, sulla sorte toccata al regolamento per la coltivazione del riso nella provincia di Pavia, approvato dal Consiglio Provinciale;

dell'on. Albertelli, per la cura dei feriti con le acque di Salsomaggiore;

dell'on. Macchi, sulla insufficienza del servizio sanitario a Paternò;

dell'on. Caroti, sulla grande frequenza della cachessia palustre nel comune di Trinitapoli.

Per l'uniformità di criteri nelle visite militari.

Il sen. T. Sinibaldi ha interpellato il presidente del Consiglio ed il ministro della guerra per sapere se è a loro conoscenza che in vari modi e per poca uniformità di criteri medico-legali molti cittadini si sottraggono agli obblighi militari, e che anche fra coloro che formalmente obbedirono alla chiamata vi siano molti che riescono ad evitare i pericoli e le fatiche di guerra.

Le questioni sanitarie al Senato.

Discutendosi l'esercizio provvisorio, il sen. Maragliano si è occupato dei servizi sanitari in rapporto all'efficienza dell'Esercito. Il ministro della guerra gen. Morrone ha risposto che i miglioramenti introdotti nei servizi sanitari danno i maggiori affidamenti.

Contro gl' imboscati.

Discutendosi l'esercizio provvisorio alla Camera, l'on. G. Ferri ha svolto un ordine del giorno contro gl'imboscati. Ha scagionato la Croce Rossa dalle accuse fattele, elogiandone l'opera, deplorando che il Governo permetta nei giornali una campagna di svalutazione contro la benemerita Istituzione e sostenendo che essa non favorisce in modo speciale l'imboscamento.

MEDICINA SOCIALE.

Per la lotta antitubercolare in provincia di Milano.

Il Consiglio Provinciale di Milano, sentita la relazione della Deputazione relativa ad un programma di azione antitubercolare e consentendo nelle direttive esposte, ha deliberato:

1° lo stanziamento nel bilancio 1917 di una somma di lire 25 mila da erogarsi in mezze diarie di Sanatorio per ammalati poveri dei Comuni che assumano a loro carico il pagamento dell'altra metà della diaria, e ciò in aggiunta allo stanziamento speciale già in corso precedentemente per diarie intere a carico della Provincia, il quale viene aumentato per l'anno 1917 di lire 5000, portandolo da lire 20 mila a 25 mila;

2° lo stanziamento nel bilancio 1917 di una somma di lire 100,000 quale primo fondo per provvedimenti di azione antitubercolare a mezzo di Dispensari e di Ospedali-Sanatori, provvedimenti che il Consiglio si riserva di deliberare in base ad un piano ordinato di graduale svolgimento, col concorso dei Comuni e di altri Enti;

3° la nomina di una Commissione di sette membri — quattro appartenenti al Consiglio, e tre estranei, designati per speciale competenza nella materia — la quale, tenuto conto dei criteri indicati nella relazione della Deputazione, tracci il programma tecnico e finanziario e l'ordine di svolgimento graduale dei provvedimenti accennati sopra al n. 2, su di che il Consiglio si riserva di deliberare.

Propaganda igienica nelle scuole.

Per accordi intervenuti fra il Ministero della pubblica istruzione e quello dell'interno, verrà tentato in Toscana, come regione centrale, un esperimento di propaganda igienica nelle Scuole elementari inferiori, negli Asili infantili e nei Ricreatori, allo scopo di ottenere una maggiore osservanza dei precetti dell'igiene e di creare buone abitudini nei bambini, specialmente in riguardo alla nettezza della persona e del vestito, toccando certi capisaldi d'igiene scolastica e di profilassi individuale delle malattie infettive.

Il mezzo prescelto è dato da semplici, persuasive conversazioni con gli alunni nelle scuole, tenute da sanitari, alla presenza degl'insegnanti, insistendo perchè le raccomandazioni fatte vengano eseguite.

I sanitari incaricati sono i seguenti: per Arezzo, prof. Ficai, Direttore del Laboratorio igienico comunale; per Carrara, dott. Milani, Ufficiale Sanitario; per Firenze, dott. Castellini, Medico scolastico capo; per Grosseto, dott. Salvestroni, Ufficiale Sanitario; per Livorno, dott. Salmi, Ufficiale Sanitario; per Lucca, dottor Valeri, Ufficiale Sanitario; per Massa, dottor, Zonder, Ufficiale Sanitario; per Pisa, dott. Ricci, Ufficiale Sanitario; per Pistoia, professor Chiappella, Ufficiale Sanitario; per Siena, prof. Neri, aiuto alla cattedra d'Igiene della R. Uinversità; per Viareggio, prof. Pini, Ufficiale Sanitario.

Il comm. Angelo Pavone, ispettore compartimentale medico della Sanità pubblica, ed il prof. Sclavo, hanno l'incarico di dirigere lo esperimento, il quale è stato inaugurato dal prof. Sclavo in una scuola popolare di Firenze, presenti molti convenuti.

Lotta antimalarica e chinino dl Stato.

L'ultima relazione pubblicata dal Direttore Generale delle Privative sulla gestione dell'Azienda del Chinino di Stato si riferisce all'esercizio dal 1° luglio 1914 al 30 giugno 1915, cioè al primo periodo della guerra europea.

Di fronte ad un'entrata complessiva di lire 3,120,638 si è sostenuta una spesa di L. 2,487,058. Si è conseguito così un beneficio di L. 633,580, inferiore di L. 195,324 in confronto a quello dell'esercizio precedente.

Questo minor beneficio è la conseguenza di ulteriori rincari su quelli già gravi subiti nell'esercizio antecedente dalla materia prima (solfato di chinino) sul mercato internazionale.

L'Amministrazione, non ostante la grande ed insistente domanda di tale materia prima, è riuscita a provvedersene per 35,000 chilogrammi. Ciò è valso ad assicurare convenientemente le scorte e a far fronte alle straordinarie richieste dell'Amministrazione militare per l'esercito, ascesa a chilogrammi 6380. Furono fabbricati chilogrammi 37,394 di preparati chinacei e condizionati chilogrammi 34,162.

La vendita nel Regno, a prescindere dal suddetto prelevamento fatto dall'Amministrazione militare, fu di chilogrammi 31,157, e cioè di chilogrammi 5485 inferiore a quella dell'esercizio precedente. Tale diminuzione deve in prevalenza attribuirsi ad una minore diligenza dei

Comuni nell'acquisto e nella gratuita distribuzione del farmaco a sensi delle leggi per combattere la malaria. Nell'esercizio successivo 1915-16, infatti, essendo state opportunamente riattivate la sorveglianza e l'opera integrativa delle autorità provinciali per indurre le rispettive Amministrazioni comunali ad adempiere agli obblbighi loro imposti dalle leggi, non meno che ai doveri di solidarietà sociale, le vendite stesse hanno avuto una notevole ripresa.

Sono pure scemate di kg. 4310 le vendite dei preparati per l'estero.

Si è continuata la consueta propaganda dei prodotti chinacei di Stato, dando larga diffusione ad opuscoli e fogliettini volanti.

L'Azienda ha potuto, malgrado lo straordinario e forte rincaro della materia prima sul mercato mondiale, continuare a vendere a basso prezzo i propri prodotti, esercitando così funzione di calmiere nel Regno.

Il beneficio netto di L. 633,580.02 venne, a norma di legge, trasferito al fondo destinato a combattere le cause della malaria.

COLTURA SUPERIORE.

Sui corsi medici per la guerra.

In un'intervista concessa da S. E. il ministro senatore Ruffini, questi ha difeso i provvedimenti eccezionali adottati per gli studi medici.

Ha rilevato che per il Comando Supremo è di un interesse vitale assicurarsi la pienezza e la continuità del servizio medico-chirurgico; epperò si è fatto assegnamento sull'opera degli studenti di medicina che posseggono già una preparazione sufficiente, affine di ottenerne, mediante corsi accelerati, dei buoni aiuti ai medici.

Non bastava provvedere alla preparazione scientifica ed alla perizia tecnica di questi giovani, ma occorreva anche un certo allenamento fisico e l'abito alla disciplina militare: onde la necessità di militarizzarli.

Per il Comando Supremo era imprescindibile necessità di avere sotto mano, già inquadrati militarmente, questi contingenti di aspiranti medici miltari, per far fronte ad imperiose ed improvvise esigenze: onde la necessità di non allontanarli dalla zona di operazioni.

Non è concepibile per gli studi medici una preparazione puramente teoretica, fatta con l'aiuto di libri e dispense, poichè si tratta di discipline a carattere eminentemente obbiettivo; bisognava quindi avvisare al modo di evitare che la frequenza dei corsi fosse puramente nominale.

Alla conciliazione di queste esigenze si è cercato di provvedere mercè l'ordinamento concordato col Comando Supremo ed il quale segna un progresso rispetto allo scorso anno. Gli studi medici degli ultimi quattro anni, cioè, si sono raggruppati in una delle nostre più antiche Università, che per la posizione geografica è la più prossima alle nostre fronti e, come unica città universitaria della regione duramente provata dalla guerra, meritava questa delegazione da tutte le consorelle italiane. Al tempo stesso si è assicurata ad essa la disponibilità degli Istituti già eretti in San Giorgio di Nogaro ed il concorso di quanti valorosi insegnanti di altre Università vorranno far opera di missione scientifica e di abnegazione patriottica.

Il ministro sollecita a non sottilizzare, opponendo alla soluzione adottata troppe minute e rigorose esigenze di carattere scientifico e didattico, che si potrebbero con pieno diritto accampare in tempi normali; di rendersi conto delle formidabili e ineluttabili necessità del momento.

Le vedute del ministro comportano alcune riserve e obbiezioni. Non mancheremo di occuparcene.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6631) *Visita delle carni macellate* — Dott. V. G. da M. M. — Poichè nel Comune si reca giornalmente il veterinario stipendiato dal Comune, la visita delle carni macellate deve essere fatta da quel funzionario e non dall'ufficiale sanitario, il quale assume di diritto la direzione del macello solo in mancanza del veterinario. Per mancanza deve intendersi assenza effettiva e permanente del veterinario e non deficienza del servizio derivante da scavalco o da consorzio esistente fra più Comuni. In tali ultimi casi il capitolato o la convenzione relativa deve essere formulato in modo da non far mancare l'assistenza necessaria in alcuno dei Comuni consorziali o serviti dal medesimo sanitario.

(6633) *Certificato di prestato servizio.* — Dottor P. D. T. da V. — Il Comune presso il quale si è prestato per varii mesi servizio in qualità di medico chirurgo condotto interino è obbligato a rilasciare, su richiesta dello interessato un certificato attestante il servizio prestato. Il certificato va esteso su carta bol'ata e se deve uscire fuori Provincia la firma del Sindaco deve essere legalizzata dalla autorità politica.

(6635) *Esonero dal servizio militare.* — Dottor S. Q. da C. d'A. — Avendo il D. L. 21 aprile 1916 modificati sostanzialmente i criterii per la concessione degli esoneri ai medici condotti, è bene che per Lei sia nuovamente chiesto l'esonero prima della presentazione alle armi della 3ª categoria della classe 1876, potendo, nel frattempo, essere mutate le condizioni di fatto, che determinarono l'esonero già ottenuto. Il Sindaco deve immediatamente chiedere al Prefetto la applicazione dell'art. 5 del precitato D. L. dimostrando che tuttora l'opera di Lei è indi-

spensabile ed insostituibile nell'interesse del servizio di assistenza sanitaria civile.

(6637) *Campagna di guerra - Computo nella pensione.* — Dott. A. B. da M. — Il computo della campagna di guerra si farà all'atto della liquidazione della pensione. Pel momento non occorre fare domanda di sorta.

(6639) *Sostituzione del veterinario comunale - Certificati - Infortuni sul lavoro.* — Dott. N. G. da S. — Essendovi il veterinario a scavalco deve egli provvedere alla visita delle carni macellate. Se non può attendere, per assoluta mancanza di opportunità e tempo, al servizio, dovrebbe incaricare Lei privatamente e pagarla *de proprio.* Il Comune non ha dovere di pagarla pel tempo anteriore alla nomina del veterinario perchè durante la vacanza del posto, tale servizio compete di diritto all'ufficiale sanitario. Il rilascio di tutti i certificati è gratuito per coloro che hanno diritto a cura gratuita: è a pagamento per gli altri. Non vi è legge o regolamento speciale che regoli la materia complessa dei certificati. Dopo la prima immediata prestazione, cioè, quella che necessita per trasportare l'infortunato dal luogo dell'infortunio in posto adatto per la cura, la ulteriore assistenza sanitaria è fatta dal medico condotto gratuitamente od a pagamento a seconda che l'individuo sia compreso o meno nell'elenco dei poveri.

(6641). *Indennità giornaliera di lire 5,00.* — Dott. abbonato n. 8001. — L'indennità giornaliera di lire 5,00 stabilita col Decreto del Ministero della Guerra in data 26 giugno 1916 è a favore dei soli medici in servizio del Regio Esercito.

(6642). *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. C. T. da M. — Non avendo Ella mai assunto effettivo servizio presso il Comune, perchè chiamato sotto le armi appena nominato, non può aver diritto al trattamento economico stabilito pei medici condotti. Ad avere la pienezza della titolarità del posto occorre oltre la nomina, l'effettiva assunzione del servizio, condizione questa che assolutamente manca nel quesito da Lei proposto.

(6644). *Esonero dei medici condotti.* — Dott. abbonato n. 5439. — Essendo pei medici nati dal 1884 in poi revocate le dispense precedentemente avvenute, ha ognuno il dovere di mettersi a disposizione del Distretto Militare per intraprendere il servizio quando sarà all'uopo precettato dall'autorità militare. La chiamata effettiva potrà avvenire gradualmente, ma la presentazione al Distretto deve avvenire senza indugio di sorta. Alla sostituzione dei medici sarà provveduto dalle singole amministrazioni comunali od ospedaliere provvedendosi di medici appartenenti a più anziane classi di leva. Avendo raggiunto i cinque anni di Laurea sarà nominato tenente. La licenza per infermità non pregiudica il trattamento economico che Le può competere dal Comune per effetto della chiamata sotto le armi.

(6645). *Elenco dei periti.* — Dott. R. B. da T. — Per essere inscritto nell'elenco dei periti basta provare di possedere la laurea e fare la domanda al Presidente del Tribunale, unendovi i consueti documenti di rito. Non consta esservi tassa di esercizio governativo.

(6647). *Servizio di condotto esercitato da Opera Pia.* — Dott. P. P. da F. — Dalla lettura della convenzione che Ella ha spedito, ci siamo confermati nella idea espressa nel precedente quesito del 25 giugno 1916, n. 6201, giacchè i medici delle Opere Pie che fanno servizio di condotta dopo due anni di prova acquistano la stabilità nel posto e nello stipendio. La rescissione della convenzione stipulata nel 25 luglio 1912 non potrebbe ledere i diritti del sanitario, che sono garentiti da tassativa disposizione di legge, quale l'articolo 35 della vigente legge sanitaria.

(6648). *Pensioni.* — Dott. C. C. da C. — Per quanto il caso da Lei esposto sia meritevole di ogni maggiore benevola considerazione perchè trattasi di un benemerito sanitario infortunato per ragioni di servizio, pure non sapremmo consigliarla a ricorrere contro la deliberazione della G. P. A. che non approva la liquidazione della pensione fatta in di Lei favore dal Consiglio Comunale. Bisogna osservare che l'articolo 4 del regolamento non precede affatto la pensione di favore per coloro che si resero inabili per ragioni di servizio, ma tien conto di tali circostanze unicamente per ammettere il sanitario stesso a chiedere il collocamento a riposo, cui non avrebbe altrimenti diritto che a 65 anni di età. Quale che sia però la ragione del collocamento a riposo la misura della pensione non varia mai da quella stabilita nel successivo articolo 7 e, cioè, un trentacinquesimo ad ogni anno di servizio e l'intiero stipendio dopo 35 anni di servizio.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare.

All'abb. N. 7117. — Per la promozione a senso della circolare 874 del G. M. 1915 occorrono non le domande degli interessati ma i regolari specchi di proposta di avanzamento compilati

dalle autorità sotto la cui direzione o comando gli intessati prestino servizio.

Per ottenere invece il grado per titolo occorrono 5 anni di esercizio professionale, che il dott. n. 7117 non ha.

All'abb. N. 4241. — Il decreto luogotenenziale che chiama in servizio tutti i medici delle classi giovani sino a quella del 1884 *senza alcuna eccezione*, servirà appunto a dare al Ministero della Guerra i contingenti per effettuare gli avvicendamenti.

Naturalmente i più vecchi, quelli che superano l'età di 40 anni, saranno i primi ad essere beneficiati, perchè potranno venir avvicendati al più presto.

All'abb. N. 1746. — Perchè la Commissione competente potesse assegnare i varii gradi occorreva che fossero pubblicate le speciali norme che ora son comparse nell'ultima dispensa del « Giornale Militare » (circolare 734).

In base a tali norme ora i titoli presentati verranno presi in esame e le nomine avranno luogo subito dopo.

All'abb. N. N. — Deve far presente la cosa alla Direzione di sanità territoriale da cui dipende.

L'essere dichiarato idoneo al servizio in ospedale territoriale non significa che non si possa essere destinati anche ad un battaglione o ad altro corpo territoriale.

All'abb. N. 2445. — Appena nominato ufficiale di complemento, se fuori di residenza, ha diritto all'indennità come gli altri ufficiali.

All'abb. N. 6836. — Per la nomina a s. tenente medico basta il certificato di laurea; non occorre il diploma originale.

Al dott. A. M. da R. N. — Per conseguire la nomina al grado di capitano non basta provare di aver 15 anni di laurea, ma bisogna dimostrare alla commissione, che risiede presso l'Ispettorato di Sanità, che si è esercitata la professione medica per 15 anni, mediante la presentazione dei relativi titoli e documenti.

All'abb. T. B., Zona di guerra. — Per il diritto al grado di capitano cfr. circolare 734 del « Giornale Militare » del 1916.

Al dott. P. R. da O. L. — Dovrà presentarsi alla Direzione di Sanità dalla quale dipende e cioè a quella di Bari. Se proverà di avere 5 anni e mezzo non solo di laurea ma di esercizio professionale effettivo, potrà essere nominato tenente.

Al dott. D. E., Zona di Guerra. — Se realmente è stato promosso tenente il 27 maggio 1911, dovrebbe aver già conseguita la nomina a capitano di complemento, perchè sono stati promossi già al grado superiore tutti i tenenti dell'anzianità del 1913.

Al dott. C. P. da B. — Se il collega è della classe 1871 e se si è presentato alle armi nel luglio scorso, è presumibile sia di quei medici chiamati alle armi col Decreto Luogotenenziale del 21 aprile c. a. Ha in questo caso diritto ad essere esonerato in base all'art. 5 del Decreto stesso; occorre però che l'Amministrazione Comunale presso cui prestava servizio provochi dalla Commissione Provinciale la dichiarazione di indispensabilità nel servizio civile.

Al dott. E. D. P. da P. S. — Il Comando Supremo non ha pubblicata alcuna circolare riguardo al turno. Ci possono essere delle istruzioni riservate che servono di direttiva alle Direzioni di Sanità dei Corpi d'Armata mobilitati.

Al dott. G. T. da P. — Se il collega non è stato esonerato, non tarderà ad uscire il bollettino con la sua nomina, *qualora non sia già uscito.*

Al dott. D. L. da P. — Attualmente non sono ammessi i trasferimenti nelle compagnie di sanità degli studenti del 1° e 2° anno di medicina che sono sotto le armi in altri corpi.

Al dott. U. F. da M. — Delle malattie elencate solo il vizio cardiaco con incipiente scompenso dà presunzione di inabilità a lavoro proficuo e diritto al compenso o sussidio quotidiano ai genitori di richiamati. Come criterio generale si dovrà considerare inabile a lavoro proficuo quegli che è affetto da una malattia così grave da impedirgli di accudire regolarmente e diuturnamente alle proprie occupazioni, il che non è negli altri casi esposti.

All'abbonato 6366. — Occorre attendere la circolare del Ministero che apra il concorso, a senso del D. L. 1293 del 22 settembre 1915. Bisogna quindi presentare domanda per via gerarchica con allegato rapporto dell'autorità militare che ne dichiari l'idoneità e l'aver compiuto 4 mesi di buon servizio al fronte.

Ai dott. G. C. da F. O., G. S. da D. C. — È stato già risposto.

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

Sterzi dott. Ippolito, capitano medico nella Regia Marina. — Fino al momento dell'affondamento del regio incrociatore ausiliario, sul quale trovavasi imbarcato, soccorreva i feriti e provvedeva ancora ad essi in mare indefessamente, sebbene egli stesso ferito, nè si occupava della propria persona che quando costoro erano stati consegnati ad altri militari.

ENCOMIO SOLENNE.

Doglia Luigi, da Voghera (Pavia), sottotenente medico reggimento artiglieria campagna. — In vari combattimenti, provvide, con grande zelo ed amorevolezza, alla cura dei numerosi feriti ed al rapido loro sgombro del posto di medicazione. — Costone Salesei, 16-17 luglio, 17-29 ottobre 1915.

Larici Carlo, da Cremona, sottotenente medico complemento reggimento. — Impiantato il posto di medicazione durante un combattimento nel quale vi furono numerosi feriti, vi si manteneva, nonostante il posto stesso fosse battuto da vivo fuoco d'artiglieria nemica, e dava, così, lodevole prova di abnegazione e coraggio. — Monte Sleme, 14 agosto 1915.

Martina Angelo, da Cornegliano d'Alba (Cuneo), sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Disimpegnò la sua opera con calma e con attività instancabile, in un posto di medicazione non completamente riparato dal tiro nemico. Dopo il combattimento, si adoperò per la ricerca dei morti e dei feriti rimasti sul campo. — Busa di Verle, 25 agosto 1915.

Sandulli Pietro, da Avellino, sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Quale ufficiale medico del battaglione, disimpegnava con zelo il servizio sanitario durante un lungo periodo della difesa di una posizione intensamente battuta, dando ripetute prove di coraggio e di abnegazione. — Castelnuovo, 19 luglio 1915.

Servino Fortunato, da Sersale (Catanzaro), tenente medico complemento reggimento fanteria. — Con lodevole zelo e coraggio, raccolse e curò, sulla linea di fuoco, numerosi feriti, dimostrando costantemente sangue freddo e serenità nel disimpegno delle sue mansioni, anche in momenti difficili. — Bosco Triangolare (Carso), 18 luglio-10 agosto 1915.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Una visita ad una delle nostre navi-ospedale.

Il motoscafo solca leggero le acque immobili del golfo, e s'insinua veloce tra le navi da guerra, colossi silenziosi e vigili, fra i trasporti militari, sonanti per tumultuoso rullio di macchine, mentre un idroplano ronza e svolazza a breve altezza, vedetta della profondità misteriosa.

Alt, indietro...., ed io posso salire per una comoda scala sulla ....., che posa tranquilla, vera città galleggiante, in attesa del carico glorioso.

Chi immagina di trovare in una nave-ospedale solo un mezzo di trasporto per malati e feriti, è molto lontano dalla realtà; chi suppone una improvvisazione con tutti i difetti legati alla fretta dell'adattamento, mi segua nella visita minuta, in compagnia del nostro soldato malato o ferito, che è accolto e ricoverato nel magnifico ospedale; abbiamo un'ottima guida nella cortesia del capitano medico Andruzzi, che ci fa penetrare nei segreti intimi della nave.

Giungono a squadre, su barche rimorchiate da veloci motoscafi; salgono i più da sè, o sorretti appena; portano i nostri soldati sulla faccia l'impronta della sofferenza, dell'energia, sopita, non spenta. E siedono sulle panche, all'aperto, nella vasta *sala d'accettazione*, inondata da una ricchezza di luce e di sole. Un marinaio porta davanti a ciascuno un sacco con due numeri: uno resta nelle mani del malato, l'altro è chiuso nel sacco, con tutta la biancheria personale; il malato è condotto al bagno caldo a doccia, ne riesce vestito a nuovo; è condotto a letto, dove rimarrà a riposare fino al mattino seguente, quando gli sarà riportata la sua biancheria sterilizzata e lavata.

Il lavoro si svolge con ordine e rapidamente: entrano nel camerino da bagno tiepido e vaporoso, ognuno porta con sè in una mano le memorie più care, che ha sottratte al calore della sterilizzatrice, e che è impossibile far lasciare nel sacco, e, la pelle bruna, ancora madida di acqua, si rannicchia in un candido lenzuolo; gli occhi sono più vivi, il passo è più sicuro e più agile; in bianco costume (mutande e camicia) si avviano nelle corsie.

Non più la nuda terra fangosa della trincea, non il duro e scabroso lettuccio di paglia dell'ospedaletto da campo, ma un bel lettino con materasso di lana, con rete metallica, con lenzuola di bucato, distribuiti armonicamente su

due piani; nulla manca, il comodino è sostituito da tre panierini di fil di ferro, che devono albergare la bottiglia e i bicchieri; vicino ai letti sono dei tavoli smontabili, con camerieri in tunica bianca. Il nostro soldato spalanca gli occhi.... egli è divenuto un vero signore.... ed ha le mosse impacciate, come chi tema di disordinare, di macchiare.

Giriamo per le corsie; perchè voi dovete immaginare una serie di vasti saloni, che in tutto hanno una capacità di ben 900 letti, per avere la suggestione di camminare sul pavimento d'un lindo ospedale, più che sul piancito d'una nave.

La *sezione medica* non ha particolarità degne di nota; basta il servizio farmaceutico, un ottimo giaciglio, un'assistenza accurata, una saletta per osservazioni, e a tutti questi bisogni ha facilmente provveduto la previggenza di chi ha ideato l'allestimento della nave. Là dove si può ammirare la minuziosa accuratezza e la utilizzazione oculata è nel *reparto chirurgico* e nell'assieme dei servizi generali. Non più la scaletta, che sarebbe stata un incomodo passaggio per le barelle e per i feriti gravi, ma un morbido portabarella, che, per mezzo di una alta gru, scende rapidamente, e poi, con delicatezza, senza una scossa, solleva il ferito, fa un largo giro e lo deposita, per un ampio boccaporto, direttamente nella corsia chirurgica.

Nella sala di medicazione tutto è in ordine e pronto; la sala d'operazione mostra i ferri lucenti al completo, il termosifone, il letto operatorio, illuminata da un lusso di lampade fisse e mobili. V'è uno stanzino comunicante per la toeletta dei chirurgi: parrebbe che l'unica difficoltà sia quella di introdurre il ferito su barelle; ma si apre una parete della sala operatoria per due porte, che si nascondono silenziosamente nella parete stessa, e l'ingresso ampio è così sostituito all'angusta porticina d'ingresso. Un corridoio conduce alle cabine isolate, allestite per i feriti gravi.

Ma la farmacia, per la sezione medica, la sala operatoria, per la parte chirurgica, sono la comune suppellettile che non manca più, se pur modesta, neppure nell'umile ospedaletto da campo; nel nostro ospedale l'idea dell'improvvisazione o dell'adattamento affrettato non deve sorgere neppure; passiamo nel *laboratorio* e nel *gabinetto radiografico*. Io invidio spesso coloro, che di un piccolo spazio sanno usufruire per resultati complessi, invidio spesso coloro che sanno approfittare d'una scabrezza del terreno, d'un angolo inutile per sfruttarlo e per ricavarne quello che poteva a prima vista sembrare impossibile.

Non è molto grande, no, il gabinetto per ricerche microscopiche e bacteriologiche dell'ospedale galleggiante, ma voi chiederete tutto, con un sorriso quasi di incredulità, e tutto si scoprirà là dove meno ve lo aspettate: la biblioteca, il microscopio, la stufa di Koch, la stufa a secco, le culture, i terreni varii, i colori, la sterilizzatrice a pressione, la vetreria; tutto in due pulite, forse troppo eleganti camerette, che invitano, nella calma e nell'isolamento, al lavoro. Il gabinetto ha la sua riserva di preparati colorati, esso è stato di grande utilità per dirimere dubbii angosciosi, in casi che avrebbero potuto inceppare nei suoi vantaggi il cammino sicuro e rapido della nave.

La nave potrebbe possedere apparecchi radiografici migliori, dato il costo non elevato di apparecchi istantanei, e la facilità di utilizzare la corrente elettrica, di cui la nave dispone largamente; ma col piccolo apparecchio esistente ho potuto vedere radiografie ben riuscite.

Sorvolo sui servizi di cucina; in ogni nave si cucina... e si mangia bene; il pane, fresco, esce dagli stessi forni della nave; la ghiacciaia, i frigoriferi sono comodità frequenti e facili; ma continuate il giro e troverete due belle lisciviatrici e due centrifughe elettriche, un essiccatoio, che permettono in poche ore di lavare ed asciugare migliaia di capi di biancheria; quattro uomini hanno l'incarico della lavanderia e trovano il tempo di dedicarsi, nei ritagli di tempo, agli altri servizi.

Una Geneste-Hercher funziona per la biancheria e per i vestiti; una saletta a formalina per i berretti e per gli oggetti di cuoio. Il lavoro si svolge ordinato, così come possono scorrere le ruote di una perfetta macchina ben lubrificata; anche se il caso sospetto sorge ad ostacolare e ad inciampare l'ordinario lavoro, una stanza d'osservazione e d'isolamento tranquillizzano lo spirito dei malati e dei medici.

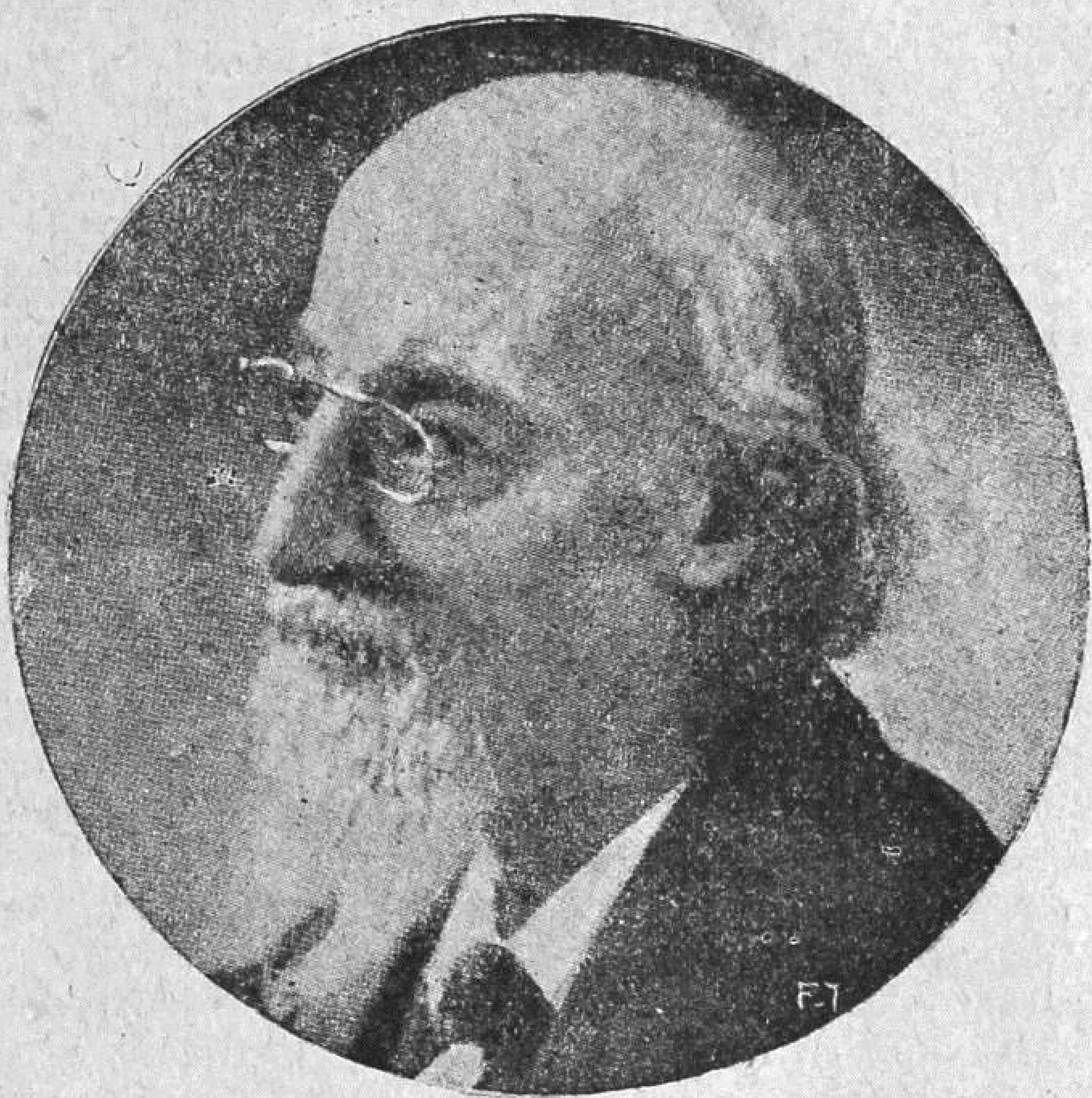
Nel ringraziare la mia guida, il direttore, gli ufficiali della nave, scendo con l'animo grato, orgoglioso che la nave-ospedale italiana, in mezzo a questo golfo, solcato da policrome bandiere, dica, con la sua mole e con la sua perfetta struttura, che la patria è grata a chi così generosamente offre la salute e la vita.

(Da Salonicco, novembre 1916).

T. PONTANO.

Una precedente corrispondenza da Salonicco del nostro valoroso redattore prof. T. Pontano non ci è pervenuta.

ACHILLE DE GIOVANNI



17 SETTEMBRE 1837 - 9 DICEMBRE 1916.

L'uomo insigne, che piangono con lacrime inconsolabili i suoi allievi, ha destato colla sua scomparsa una larga eco di rimpianto anche in tutto il Paese; perchè fu buono, perchè fu un soldato invitto dell'ideale fino all'ultimo respiro, perchè ebbe un'anima pura e sincera. Anche coloro che meno gli furono vicini in vita, rievocano con profonda simpatia la memoria dei fuggevoli incontri con Lui, e nell'animo loro inviano un tributo di omaggio alla probità di Chi seppe star nella lotta della vita fermo nella difesa dei valori ideali, anche quando era solo, anche quando la sconfitta era sicura, anche quando i malvagi lo deridevano come un ingenuo.

No, ingenuo non fu. Ma bensì la legge della sua coscienza era in modo così perfetto orientata verso il bene generale, contro ogni seduzione di tornaconto individuale, che il sacrificio che Egli faceva costantemente di ogni scopo utilitarista momentaneo, alla affermazione di una morale superiore, parve più di una volta incomprensibile a quelle coscienze inaridite dall'egoismo, che trovavano inopportuni talvolta i suoi atti e le sue parole, perchè non ne vedevano la più alta portata. Molto e molto il nobile suo cuore ha sofferto di questo insanabile disaccordo, che accompagnò l'intera sua vita, fra l'invincibile e pura fiamma onde Egli ardeva. e la mefitica atmosfera di positivismo scettico e calcolatore, in mezzo alla quale son cresciute le nostre generazioni, e si è svolta la vita scientifica e politica del paese da cinquant'anni a questa parte.

Quanto Egli ha sofferto! Sul suo capo si sono abbattute tutte le più atroci sventure famigliari, che un cuore umano possa sopportare. In pochi anni la morte ha mietuto l'intera sua famiglia: a breve scadenza scomparvero la madre, la sorella, il figlio unico, la compagna adorata della sua vita, la compagna che morì di dolore, perchè il figlio nel fiore degli anni l'aveva abbandonata. L'anima di Lui dolorava fino allo schianto sotto il peso di tanta sciagura, ma lottava tuttavia impavida contro l'avverso destino senza piegare. L'uomo più impressionabile e più affettivo, che alcuno abbia mai conosciuto, si trovò solo dinanzi alla vecchiaia, solo dinanzi alle care memorie, solo e senza conforto nel silenzio gelido di quella casa ospitale, dove un tempo la sua Consorte soleva raccogliere intorno a Lui gli amici migliori, le cui voci echeggiavano nei serali convegni.

Ebbene, mentre Egli sopportava con animo invitto la tragedia della solitudine della sua casa, soltanto allora parve ai suoi intimi che potesse abbattersi nelle sue energie morali, quando, in qualche ora di supremo sconforto, dubitava, che i suoi ideali scientifici, morali e politici non trovassero più un'eco intorno a Sè. Questa fu la sola solitudine ch'Egli paventava realmente, ed amò sopra ogni altra cosa la Scuola come la fonte perenne della sua vigoria spirituale, perchè dalle coscienze dei giovani, ancora monde dalle brutture che vi lascia la vita, e forse soltanto da quelle coscienze Egli si sentiva interamente compreso.

« Vorrei morire nella mia scuola », Egli mi diceva, presago forse della sua prossima fine, l'ultima volta che ci incontrammo. Ma io non credevo, a vedergli muovere l'agile piede giovanile, che così presto Lo avrei riveduto, composto sul suo letto di morte, le labbra ancor foggiate a quel suo affabile sorriso, col quale accoglieva in vita chiunque gli si accostasse, quasi preventivamente e astrattamente amando in ognuno come una particella di quella umanità, cui Egli aveva dedicato l'inesausto sacerdozio della sua opera medicatrice dei corpi e delle anime.

« Vorrei morire nella mia scuola » e per poco il suo desiderio non fu esaudito. Di fatti il lunedì tenne la sua ultima lezione con quella piena e facile onda di pensiero e di parola che Gli era abituale. Il suo volto esprimeva però una

solenne e tragica gravità non mai prima conosciuta dai suoi allievi, e che li colpì. Era presagio che il suo piede per l'ultima volta calcasse la predella di quella cattedra che aveva salito per ben trentotto anni?

Subito lo colsero, ancora in iscuola, i primi sintomi forieri della prossima fine, che rapidamente si aggravarono nei giorni seguenti, e il sabato sera del 9 dicembre quel gran cuore, che pareva non volesse morire per amare ancora i fantasmi ideali onde aveva palpitato tant'anni, diede l'ultimo suo battito.

Nei giorni in cui sentiva la vita fuggirgli ora per ora, scrisse «La sua ultima volontà» in due pagine che stringono il cuore. Soltanto allora l'immensa tristezza della solitudine della sua casa gli pesò intera sul petto affranto dall'affannoso respiro; soltanto allora gli fuggì dal labbro l'amaro rimpianto, quando il suo capo stanco invano cercava la spalla dei suoi cari per averne appoggio e riposo. La mano stanca e tremante scrisse in quei desolati momenti queste finali parole, che non si possono leggere senza sentirsi la gola serrata dal pianto, senza amaramente imprecare alla sorte inesorabile e crudele, che tormentò la vita immacolata di un Giusto.

«Qui mi coglie un grande dolore! Io non «avrò, morendo, l'ultimo conforto, quello di «avere almeno la assistenza di qualcuno dei «miei morti!..... Almeno morendo potessi avere «questa soave allucinazione!.....».

Achille De Giovanni morì quasi povero: la piccola sostanza lasciò a chi in vita aveva dato pietosa assistenza agli ultimi anni suoi. Questo clinico insigne, che per tant'anni esercitò la consulenza largamente, e portò dovunque il soccorso della sua eccezionale genialità terapeutica, non conobbe mai la seduzione del denaro, non sollecitò mai compensi che pur gli erano dovuti, non fissò mai i suoi onorari, non distinse mai fra poveri e ricchi nel dare con eguale sentimento, con o senza compenso, il suo pietoso soccorso. Un giorno noi lo vedemmo partire febbricitante per le campagne del Polesine, coperte di neve, a visitarvi un povero medico condotto ammalato, rinunciando deliberatamente ad un consulto a Trieste, dove un ricchissimo e generoso banchiere contemporaneamente lo sollecitava a recarsi, ma per mali ch'Egli sapeva di poco momento.

Molto Egli diede sempre alla beneficenza. In questi anni di guerra i mezzi suoi modesti non gli consentivano più di riscaldare tutta la sua casa. Egli, che aveva nel rigore del freddo il suo più grande nemico, si era tuttavia ristretto a intiepidire una piccolissima parte della sua dimora: ma settimanalmente la lista della sottoscrizione civile di Padova portava il Suo generoso contributo inalterato!

Non le nostre povere parole, ma le sue azioni, ma l'opera santa di tutta la sua vita, ma le pagine immortali nelle quali consegnò la parte migliore del suo pensiero commemorano il puro Spirito di Lui, che certo può assidersi fra quelli più eletti della nostra Italia contemporanea.

Padova, 13 dicembre 1916.

Prof. G. VIOLA.

Cenni sulla carriera e le opere scientifiche di Achille De Giovanni.

Nel giugno del 1867 De Giovanni era nominato assistente alla Clinica medica di Pavia. Nel 1871 fu incaricato della supplenza alla stessa cattedra e subito dopo incaricato dell'insegnamento della patologia generale.

Nell'aprile del 1875 era nominato straordinario di patologia generale a Pavia e nel 1878 ordinario per lo stesso insegnamento.

Alla cattedra di Clinica medica a Padova venne comandato nello stesso anno 1878, e nell'anno seguente era nominato ordinario. Teneva anche attualmente questa cattedra con grande impegno e con grande onore.

Per undici anni fu preside della Facoltà di medicina di Padova e rettore della Università dal 1896 al 1900.

Era stato nominato senatore nel novembre del 1902.

Fu anche presidente per lunghi anni del R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti.

Nel giugno del 1902 con speciale solennità nell'Aula Magna dell'Ateneo padovano era festeggiato il trentesimo anno di insegnamento del clinico illustre.

In politica Achille De Giovanni militò nei partiti del più coraggioso e più avanzato liberalismo. Fu consigliere comunale a Padova, in tempi alquanto remoti, ed anche di recente consigliere provinciale.

Cercò e trovò qualche conforto, e anche ebbe molte amarezze, nell'apostolato che diede alla Lega nazionale contro la tubercolosi, che egli fondò nel 1898.

Le sue opere maggiori sono: «La morfologia del corpo umano nei suoi rapporti colla clinica» in tre volumi, dei quali il primo tratta la parte dottrinaria generale, gli altri due le applicazioni pratiche sotto forma di commentarî ai casi clinici. (Ed. Hoepli, Milano). — «La patologia del simpatico» (Ed. F.lli Vallardi, Milano). — «La tisichezza polmonare» (Ed. Fr. Vallardi, Milano). — «Nevrosi e neurastenia» (Ed. Fr. Vallardi, Milano). — Cinque volumi dei «Lavori dell'Istituto di Clinica medica di Padova» (Ed. Hoepli, Milano) e finalmente circa 150 pubblicazioni monografiche su svariati argomenti, e specialmente sulla endoarterite, sulla fisio-patologia del cuore, su svariati metodi terapeutici.

NOTIZIE DIVERSE.

Le nostre perdite.

Diamo l'elenco delle perdite subite in guerra dalla famiglia sanitaria italiana, quali risultano dalle nostre informazioni, certamente imperfette.

Medici-chirurgi:

1. Aiello Nicola - 2. Allora Francesco - 3. Antico prof. Vito - 4. Archita Zito - 5. Baiocchi Vincenzo - 6. Berta Luigi - 7. Betti Domenico - 8. Bisessi Giov. Batt. - 9. Bonamico Mario - 10. Brignone Ferdinando - 11. Calcaterra Ugo - 12. Camusso Adolfo - 13. Capelli Pietro - 14. Caraccione Emilio - 15. Carnevale Domenico - 16. Cattaneo Vitaliano - 17. Ceccherle Giuseppe - 18. Cerone Alfonso - 19. Chiampon Alberto - 20. Ciuffo prof. Giuseppe - 21. Corda Manlio - 22. Costa Nello - 23. Cozzi Antonio - 24. D'Anna Augusto - 25. Dattoli Giulio - 26. Degli Oddi Giuseppe - 27. De Paola Luigi - 28. Donati Alessandro - 29. Fanti Arduino - 30. Farini Tullio - 31. Frugoni Zeno - 32. Fusco Giovanni - 33. Gambolo Domenico - 34. Garaccioni Emilio - 35. Ganzena Giacomo - 36. Giulianini Giulio - 37. Goretti Guido - 38. Goy Giovanni - 39. Grassi Bernardo - 40. Graziani Romolo - 41. Grossi Leonardo - 42. Guaraccini Emilio - 43. Larice Carlo - 44. Longoni Elia - 45. Maestri Evaristo - 46. Magnani Sante - 47. Magni Mario - 48. Malabarba Pietro - 49. Meoni Luciano - 50. Mistò Cipriano - 51. Mondelli Cesare - 52. Montano Saverio - 53. Nani Silvio - 54 Orlandi Bussola Vincenzo - 55. Otti Ottorino - 56. Palandri Giovanni - 57. Passarella Giuseppe - 58. Perriconi Gennaro - 59. Perusini prof. Gaetano - 60. Pesce Alfredo - 61. Piantavigna Giovanni - 62. Piazzi Renzo - 63. Piccolo Giuseppe -64. Rebuffi Giambattista - 65. Ricci Emilio - 66. Righini Ettore Pio - 67. Rocchi Raniero - 68. Romualdi Giorgio - 69. Sarravalle Cesare - 70. Scarpati Anacleto - 71. Schettini Francesco - 72. Secchi Alberto - 73. Secchi Cesare - 74. Serravalle Cesare - 75. Settimi Francesco - 76. Spenceley James - 77. Tacchini Tullio - 78. Taddei Antonio - 79. Trabucco Silvestro - 80. Vismara Carlo - 81. Viterbo Michele - 82. Zerbini Arturo - 83. Zito Emilio;

cui bisogna aggiungere i seguenti morti per siluramento di piroscafi:

84. Macchiavelli Oreste - 85. Restifa Vincenzo - 86. Scalia Rosario - 87. Sensi Gastone - 88. Zuppini Giovanni;

i seguenti morti per malattia contratta a causa del servizio:

89. Baj prof. Piero - 90. Barnabò prof. Valentino - 91. Bertero Giuseppe - 92. Bianchi prof. Guiberto - 93. Condulmer conte prof. Pietro - 94. Cucusi Domenico - 95. Gennari Mino - 96. Rizzo Antonio - 97. Soldi Duilio - 98. Trevisan Alessandro;

i seguenti morti in Libia:

99. Bertoldi Amilcare - 100. De Poi Pietro - 101. Mazzotti Bortolo.

Studenti in medicina:

1. Abbondanza Saverio - 2. Albertario Francesco Domenico - 3. Alberti Luigi - 4. Ali Giovanni - 5. Appiani Silvio - 6. Ara Eugenio - 7. Balliano Mario - 8. Banci-Buonamici Silvio - 9. Barbotto Giuseppe - 10. Bergamasco Ivo - 11. Bertolini Mario - 12. Bettoni nob. Gerolamo - 13. Bonfanti Giulio Cesare - 14. Boni Antonio - 15. Bosachi Giuseppe - 16. Caldirola Delfino - 17. Carrè Francesco - 18. Cassina Giacinto - 19. Cassini Daniele - 20. Cattaruzza Olinto - 21. Cavalli Giov. Batt. - 22. Ceccherle Gino - 23. Celsi Ascanio - 24. Christ Tommaso - 25. Contro Alberto - 26. Coratti Ercole - 27. Crescino Pietro - 28. Crespi Cesare - 29. Daretti Francesco - 30. De Bellis bar. Giov. Batt. - 31. De Carolis Mario - 32. De Cori Gino - 33. Della Valle Federico - 34. Della Valle Gino - 35. Del Prato Giuseppe - 36. Del Prete Pietro - 37. De Paola Guido - 38. Di Stefano Saverio - 39. Firmiani Antonio - 40. Florio Matteo Renato - 41. Flumene Giovenni Antonio - 42. Fusco Girolamo - 43. Galizioli Giuseppe - 44. Gallani Giuseppe - 45. Gasparini Giuseppe - 46. Giacheddu Stefano - 47. Guatelli Enrico - 48. Guella Federico - 49. Guermani Luigi - 50. Guicciardi nob. Diego - 51. Jagopetti Giulio - 52. Lazzeroni Egon - 53. Lizza Clite - 54. Loyola Amilcare - 55. Lucetti Mario - 56. Maffei Giulio - 57. Manetti Mario - 58. Martella Raffaele - 59. Mascherini Umberto - 60. Mazzarone Giovanni - 61 Moncada Ottorino - 62. Muccetti Lucio - 63. Narducci Enrico - 64. Nozzone Giovanni - 65. Neuschüler Emilio - 66 Pacher Gastone - 67 Paganoni Agostino - 68. Palliani Giuseppe - 69. Pallotti Laudo - 70. Paolantonio Falco - 71. Pennato Antonio - 72 Petri Guido - 73. Picchini Ivone - 74. Piletti Giovanni - 75. Prunas Mario - 76. Rasori Livio - 77. Rosselli Aldo - 78. Salerno Giorgio - 79. Sarteschi Ugo Arrigo - 80. Savarino Giovanni - 81. Scalese Ernesto - 82. Scopelliti Attilio - 83. Solinas 86. Suzzi Alberto - 87. Tolomei Mario - 88. Tonini Adolfo - 89. Varese Gabriele - 90. Vignuzzi Natale - 91. Zanetti Francesco - 92. Zannone Enrico - 93. Zarda Giuseppe.

Veterinari:

1. Azzi Diego - 2. Sanquirico Antonio - 3. Trevisan Carlo Francesco.

Studenti in veterinaria:

1. Bardesono Arturo - 2. Bianconi Gaspare - 3. Biguardi Guido - 4. Bottini Cesare - 5. Capotti Primo - 6. Carli Alessandro - 7. Cazzola Vittorio - 8. De Logu Quirico - 9. De Santis Cesare - 10. Zotti Gino - 11. Novelli Luigi - 12. Pelizzaro Ettore.

Farmacisti e chimici-farmacisti:

1. Bolognini Giovanni - 2. Conti Leonardo - 3. Cappello Surdi Salvatore - 4. Delaini Giovanni - 5. De Mattei Alfonso - 6. Fellagara Pietro - 7. Maioli Aldo - 8. Mandina Giovanni - 9. Pellagara Pietro - 10. Rolando Domenico - 11. Uberti Alessandro Giuseppe.

Studenti in farmacia e chimico-farmacia:

1. Amati Carlo - 2. Cappelli Sardi - 3. Cristiani Giustino - 4. Guareschi Uris - 5. Le Donne Gaetano.

Complessivamente 223 vite immolate, nella famiglia sanitaria, alla causa della Patria e dell'Umanità.

Rassegna della stampa medica.

La Prensa Méd. Argent., 20 lug. LANDINAR e ROFFO: Strumite Eberthiana.

La Presse Méd., 24 ag. SERGENT: Sulla diagnosi della tubercolosi polmonare. — CHAPUT e a.: Fratture.

Pensiero Med., 6 ag. RONCHETTI: Infestioni da taenia nana.

Ann. di Med. Nav. e Colon., mag.-giu. INTRITO: L'alimentazione nelle nefriti croniche. — BELLI: Sulla razione alimentare.

Annales de Méd., lug.-ag. MARFAN e DORLENCOURT: Misura della tensione arteriosa. — LABBÉ: Organizzazione e funzionamento di un ospedale per contagiosi. — CAZAMIAN: Sindrome urologica nella meningite cerebro-spinale.

Medical Record, 5 ag. WILLIAMS: Metodi clinici per la misura all'acidosi. — MEYER: Fissazione del complemento nella tubercolosi polmonare.

Revue Méd. de la Suisse Rom., 20 ag. PATRY: Le indicazioni operatorie della litiasi biliare.

Paris Méd., 26 ag. LEREBOULLET: La lotta contro i ratti nelle trincee. — BURNARD: Tisi caseosa guarita col pneumotorace artificiale. — CHAPUT: Guarigione rapida delle fistole e degli ascessi anali.

La Rif. Med., 28 ag. FERRANNINI e FICHERA: Le tossine della fatica (Kenotossine).

The Quarterly Journ. of Med., lug. HERRINGHAM, HUNT, MC NEE: Le ferite penetranti nel polmone e nella pleura. — HOLDSWORTH: Gli acidi a quattro atomi di carbonio nell'urina dei diabetici.

The Journal Am. Med. Ass., 5 ag. OSGOOD: Chirurgia ortopedica in guerra. — LOVETT, SOPHIAN: Sulla terapia della paralisi infantile. — BORDLEY: L'estratto di tiroide nel trattamento dell'uveite maligna.

The Brit. Medic. Lournal, 26 ag. ROBERTS e STATHAM: L'impacco di sale nel trattamento delle ferite di guerra. — DONALDSON, ALMENT e WRIGHT: Il pus landabile dev'essere ignorato nel trattamento delle ferite settiche.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 31 ag. PANCRAZIO: Per la diagnosi del colera asiatico. — COSTA: La puntura lombare del feto durante l'estrazione podalica.

Revista Ibero-Amer. de Ciencias Méd., ag. DE LOS TERREROS: Glandola pineale e patologia infantile.

Riv. di Ig. e di San. pubbl., 16 ag. NERI: Isolamento del vibrione colerigeno dalle feci.

La Medic. Prat., 31 ag. MONTEFUSCO: Recidive di difterite e sieroterapia.

Pensiero Med., 13 ag. PIERI: Vaccinazioni preventive per via endovenosa.

Paris Méd., 2 sett. Numero di neurologia.

La Presse Méd., 31 ag. GARNIER: L'ittero infettivo a recrudescenza febbrile. — DUCUING: Trattamento delle fratture complicate della coscia.

The Boston Med. a. Surg. Journal, 10 ag. GOODALE: I disturbi vasomotori delle vie aeree superiori.

The Journal Am. Med. Ass., 12 ag. HOSBAY: Trattamento della gangrena minacciante del piede.

Riv. Ospedaliera, 15-31 ag. Numero dedicato alla protesi e ortopedia di guerra.

Bull. d. Sc. Med., ag. MASSI: Meningite c.-sp. epidemica.

The Lancet, 2 sett. WANG: Sulla tubercolosi latente. — ARCHIBALD: La trasfusione di sangue in chirurgia di guerra. — BROWN: L'acido picrico in chirurgia di guerra.

The Practitioner, sett. WALLACE: Ferite addominali in guerra. — SMITH: L'ergoterapia passiva nell'obesità.

La Riforma Med., 4 sett. CAUTIERI: Il liquido cefalo-rachidiario in stati patologici del sistema nervoso. — SCANDOLA: Chiusura delle brecce delle ossa craniche.

Bull. de l'Ac. de Méd., 29 ag. LANNOIS e CHAVANNE: Sordità di guerra. — TUFFIER e SEZIN: Protesi dell'arto inferiore.

Le Bull. Méd., 5 sett. Effetti dinamici dei proiettili sui caschi delle trincee.

Ann. di Ostetr. e Ginec., 30 giug. COSTA: La puntura lombare nel feto durante l'estrazione podalica.

Il Morgagni (Arch.), 31 ag. Calcolosi dell'uretere; terapia incruenta. — LASTARIA: La tecnica degli apparecchi gessati discontinui, a ponte od ansa.

The Medical Review, sett. CAMERON e HIGGS: Ernie vescicali simulanti ernie inguinali. — SCHLESINGER: Forme abortive e atipiche di meningiti.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp*.

Anno XXIV. *Roma, 7 gennaio 1917* Fasc. 2.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Prof. ROBERTO ALESSANDRI.

Sulla cura dei feriti gravi cavitari in un' ambulanza chirurgica avanzata (1).

Dal giugno al novembre 1916 (per cinque mesi) ho avuto opportunità di osservare numerosi feriti gravi in un'ambulanza chirurgica di armata, specialmente allestita allo scopo di praticare operazioni asettiche d'urgenza.

I feriti curati furono in prevalenza i cavitari, e di questi soli intendo ora trattare, e specialmente dei feriti all'addome, al cranio, al torace e al midollo spinale.

***

Per i feriti all'addome in guerra, si è discusso già tanto sull'utilità e sulla possibilità dell'intervento — che non è il caso in un breve resoconto riassuntivo di entrare nella questione.

Ricorderò soltanto, che mentre all'inizio della guerra era si può dire generale l'opinione che convenisse meglio non intervenire — e concordi in ciò erano francesi e tedeschi, inglesi ed italiani — man mano l'esperienza modificò le idee. È oggidì la convinzione è addirittura rovesciata, e si è in massima di accordo che convenga intervenire: si vedano le discussioni fatte in proposito alla Società di Chirurgia di Parigi, e le statistiche e gli articoli riassuntivi di Quénu e di Abadie in Francia, le comunicazioni e le discussioni del Congresso dei chirurgi militari tedeschi in Bruxelles, gli articoli di Enderlen, di Kraske, di Haenel in Germania, i riassunti da me riferiti nell'«Argomento del giorno» della *Clinica Chirurgica* dei mesi scorsi.

L'opinione, che fosse meglio non operare, era fondata sulla gravità e sulle condizioni poco favorevoli dell'intervento (ambiente non adatto, lunghezza e precarietà dell'atto operativo mentre vi erano numerosi altri feriti, cui si poteva più sicuramente portare utile soccorso; difficoltà di trasporto, donde arrivo quasi sempre tardivo dei feriti, ecc.).

Ma soprattutto si poggiava sulla pretesa osservazione che buona parte dei feriti all'addome non operati guarivano. Ciò si ammetteva specialmente per le ferite prodotte da projettili di fucile o simili (mitragliatrice), che per il

(1) Comunicazione fatta all'Accademia Medica di Roma nella seduta del 19 novembre 1916.

loro piccolo calibro e per il meccanismo d'azione davano ferite piccole, che anche se interessavano visceri cavi endoperitoneali, permettevano per la contrazione della parete muscolare l'occlusione della perforazione, o l'estroflessione della mucosa riusciva a chiudere l'apertura, evitando così il versamento del contenuto e la peritonite.

Oggi questo è stato dimostrato falso dalle osservazioni ripetute. Già vi è nella guerra odierna una grande prevalenza delle ferite prodotte da projettili di artiglieria su quelle date da projettili di fucile. Da una statistica sommaria fatta dal Gen. Bonomo risulta che la proporzione è all'incirca di 3 ad 1.

Ma l'esperienza ha inoltre dimostrato che molto spesso i projettili da fucile producono lacerazioni gravi non solo negli organi parenchimatosi (fegato, milza, rene, ecc.), ma ferite estese e spesso recisioni complete anche dell'intestino, interessando spesso anche il mesentere.

Dalle operazioni e dalle autopsie da me praticate sistematicamente nei casi occorsimi ho acquistato la convinzione che queste ferite multiple ed estese sono molto frequenti, e ho mostrato all'Accademia medica di Roma numerose fotografie dei pezzi relativi.

I pretesi casi di guarigioni spontanee dei feriti addominali in guerra riguardano le ferite parietali, di cui spesso senza intervento non è facile la diagnosi, le ferite penetranti semplici, senza cioè lesione viscerale, che sono possibili e anche non rare, pur nei colpi trasfossi, come risulta da numerosi casi riferiti nella letteratura e da alcuni miei che riferirò più sotto; infine possono guarire spontaneamente alcuni casi di ferite penetranti con lesione di soli organi parenchimatosi o di organi cavi extraperitoneali o situati lateralmente con possibilità di limitazione dei fatti peritonitici.

Non voglio con questo assolutamente negare che possano verificarsi guarigioni spontanee anche di ferite degli organi cavi in genere (specie tenue), ma certamente l'esperienza quasi concorde ci dice che devono esser casi molto rari, e il meccanismo di guarigione è diverso da quello prima ammesso.

Per mia parte posso dire di avere osservato 24 casi certi di ferite di organi cavi dell'addome non operati, e tutti son morti.

Ho avuto anche due casi guariti senza intervento, di ferite sicuramente penetranti, ma in cui per i sintomi presentati e per il tragitto compiuto dal projettile si deve pensare che in uno non vi sia stata alcuna lesione viscerale, nell'altro probabilmente ferita soltanto del fegato.

Del resto le statistiche raccolte da Quénu danno per i non operati più dell'80 per cento di morti, quelle di Sauerbruch il 94, quelle di v. Böhler il 95, e quelle di Kraske il 100 per cento.

* * *

I feriti addominali da me osservati in totale furono 135. Di questi però 20 erano parietali.

Dei 115 con ferita certamente penetrante, 12 erano penetranti semplici o con ferita del solo omento. La maggior parte di questi se non fossero stati operati, sarebbero presumibilmente guariti. Ho detto la maggior parte, perchè in uno riscontrai lesione dell'arteria coronaria stomachica inferiore sinistra che legai, e in un altro lesione di grossi vasi omentali con notevole emorragia.

Complessivamente dei 115 con ferita penetrante vennero operati 69 con 45 morti e 24 guariti, cioè il 65,21 per cento di mortalità e il 34,79 per cento di guarigioni.

Tenendo però conto soltanto di quelli con lesione viscerale (103), ne vennero operati 62 con 43 morti e 19 guariti (30,65 %), 41 non furono operati con 31 morti e 10 guariti (24,39 %). Ma occorre distinguere le ferite dei visceri cavi (tenue, colon, stomaco, vescica) da quelle degli organi parenchimatosi (fegato, milza, rene).

Su 75 casi, con ferite in genere multiple degli organi cavi endoaddominali, furono operati 51 con 38 morti e 13 guariti: 25,50 %, mentre i 24 non operati morirono tutti.

Invece dei casi di ferite interessanti soltanto visceri perenchimatosi su 28, 11 furono operati con 4 morti e 7 guariti, 63,66 %, e 17 non furono operati con 8 morti e 9 guariti, 52,95 %.

Ciò vuol dire che, secondo la mia esperienza, non operando i feriti dei visceri cavi si è avuto sempre esito infausto, operandoli se ne è salvato più di un quarto.

Per le ferite dei soli visceri parenchimatosi invece anche colla cura aspettante se ne può salvare più della metà, coll'operazione più di tre quinti.

Questa statistica può certamente migliorare: i due fattori, a mio credere più importanti, sono l'esperienza progredita e specialmente la maggior rapidità di trasporto dei feriti.

Questo che in determinate condizioni di luoghi può ottenersi, specie migliorando l'organizzazione dei servizi sanitari di trasporto dalle prime linee, per la permanenza dell'ambulanza da me diretta sempre in terreno aspro e difficile, in alta montagna, fu purtroppo sfavorevole per la nostra opera.

È vero che da alcuni è stato osservato, come la possibilità di avere i feriti addominali subi-

to, nelle prime ore dalla lesione, porti che arrivino all'ambulanza anche quei feriti molto gravi, che muoiono durante il trasporto, se più prolungato, e quindi le cifre non si spostino; ma è evidente, che questa obiezione è soltanto apparente, poichè spetta al criterio del chirurgo vagliare quali sono i casi, in cui un intervento può dare speranza di successo; e come quindi lasciando al loro destino i feriti gravissimi e disperati, si debba logicamente presumere che se di 51 operati, dopo un tempo medio di 8-10 ore dalla lesione, si è riuscito a salvarne 13, operandoli più presto, oltre questi, se ne sarebbero potuti certamente salvare degli altri.

L'esperienza pure ha insegnato e insegnerà accorgimenti tecnici ed ausilii che potranno valere a migliorare i successi.

Senza entrare in particolari, basterà accennare alle diverse incisioni laparotomiche, che secondo i casi portano più direttamente sul tratto leso, permettono più facili manovre, diminuiscono la necessità dell'eventramento e delle esplorazioni complesse: così pure ricordo la frequenza delle complicazioni infettive nelle pareti, che ci hanno indotto a suturare solo parzialmente, o talora affatto i piani superficiali e ad una sorveglianza accurata; e così via.

Debbo però affermare come non sia possibile, a mio credere, sperare in cifre molto brillanti E ciò soprattutto perchè le ferite da projettili di guerra sono spesso così complicate e multiple, e presentano tali lesioni, che non è da pensare ad una percentuale di guarigioni, quali possiamo ottenere nei feriti all'addome in tempo di pace.

Un certo numero di feriti all'addome, e secondo osservazioni ripetute, notevole — muore sul campo stesso di battaglia. Altri, pure numerosi, sono portati in condizioni gravissime, tanto che ho già accennato, come migliorando il trasporto dei feriti in modo da averlo molto rapido, aumenterà certamente il numero dei non operabili.

La molteplicità delle ferite può riguardare casi in cui l'individuo sia stato colpito da più projettili, specialmente se di artiglieria; p. es. fra i miei, al cranio contemporaneamente e all'addome, o, in un altro, alla coscia con formazione di un aneurisma falso della femorale che convenne operare; sia invece lo stesso projettile che produca ferite multiple degli organi endoaddominali, cavi e parenchimatosi, caso molto frequente, o penetri nell'addome producendovi delle lesioni dopo aver ferito altre regioni: in un mio caso il projettile di fucile penetrato nell'articolazione del ginocchio sinistro, e traversando la faccia anteriore della coscia, entrò poi nell'addome ferendo il colon discendente.

Esempio frequente di ferite gravi e complicate di questo ultimo tipo sono le così dette toraco-addominali.

Per brevità ometto molti altri particolari, pure importantissimi, accennando solo alla necessità di criteri precisi di diagnosi e soprattutto di indicazione operatoria, e alla utilità spesso decisiva della radioscopia e radiografia.

*
* *

Un'altra categoria di feriti cavitari molto importante e numerosa è data dai feriti al cranio: ed io ne ho fatto discreta esperienza, essendo lesioni frequenti nella guerra di montagna.

Anche di questi parecchi ne muoiono sul colpo o durante il trasporto, e alcuni ne arrivano in condizioni estreme.

Sull'intervento non vi è oggi più alcun dissenso: nei colpi tangenziali specialmente, con lesione ossea, e più ancora se è lesa anche la dura e la corteccia, l'intervento immediato si impone per l'asportazione di scheggie, specialmente della vitrea, conficcate spesso profondamente nella sostanza cerebrale, insieme quasi sempre a capelli, pezzi di stoffa, terriccio, ecc. Ugualmente nei colpi trasfossi, se il ferito si trovi in condizioni di operabilità, e nelle ferite penetranti con ritenzione del projettile, che, se possibile, è bene asportare.

Ma in tutti questi casi lo scopo precipuo dell'intervento è di evitare complicazioni infettive gravi.

Si comprende senz'altro quale grande aiuto anche qui possa dare l'esame radiologico.

In alcuni casi l'intervento non indicato in primo tempo, s'impone in seguito per sintomi di emorragie epi- o sottodurali.

I feriti al cranio accolti nell'ambulanza nel periodo sopra indicato furono 119, di cui però 13 non presentarono lesione ossea.

Dei 106 residui 23 non furono operati, alcuni perchè arrivati in stato gravissimo senza speranza alcuna di successo; altri invece perchè leggeri; 8 con sintomi di frattura della base, limitandomi allora a scopo diagnostico e terapeutico a praticare, spesso ripetutamente, punture lombari.

Di questi 23 ne morirono 12 e 11 ne guarirono; 83 vennero operati, e di questi 26 morirono e 57 guarirono, cioè il 61,44 %.

Le morti si ebbero quasi sempre nei primi giorni per shock o per meningite; talora tardive per infezioni sopraggiunte o per ernia cerebrale (in genere meningo-encefaliti).

Le guarigioni si deve rammentare che sono operatorie; poichè in molti casi residuano deficit funzionali anche gravi, e quasi sempre perdite di sostanza ossea più o meno estese, alle quali in secondo tempo occorre riparare, per evitare o provvedere a disturbi consecutivi (specialmente epilessie).

Anche qui l'esperienza continuata ha migliorata e credo migliorerà ancora i risultati. Per mio conto ho veduto, che se è necessario esplorare bene le ferite per asportare il più completamente possibile le scheggie e i corpi estranei raggiungibili senza troppe manovre dannose, non conviene asportare troppo e ampliare soverchiamente la breccia. Se è possibile si cerchi di sollevare i tratti depressi senza asportarli, e si limiti la perdita di sostanza, per evitare le ernie facili consecutive. Anche per la riunione o meno della ferita, io non ho seguito il consiglio di Barany che sutura per prima le parti molli, anche perchè ciò non è spesso possibile, sia per emorragie (ferite dei seni, gemizio dalla sostanza cerebrale) sia per la contusione e lacerazione delle parti molli, ma mi son persuaso, che quando si può, magari parzialmente, conviene tentarlo.

* * *

Per i feriti del torace mi limiterò a brevi parole, perchè la mia esperienza concorda con quella quasi generalmente riferita, che consiglia l'astensione sistematica.

Soltanto in casi eccezionali si può pensare ad un intervento in primo tempo per fatti gravi di emorragia. Ordinariamente conviene il riposo assoluto, anzi mi sono sforzato quanto ho potuto per evitare a questi feriti il pericolo del trasporto dalle sezioni di sanità all'ambulanza.

Ho spesso osservate le gravi condizioni, in cui giungono dopo un trasporto anche non lungo, tanto da credersi inevitabile un esito fatale, mentre col riposo assoluto, coi calmanti, col ghiaccio, si è meravigliati di ritrovarli spesso poco dopo in stato quasi soddisfacente.

Ho già accennato ai feriti del torace e contemporaneamente dell'addome, in cui è spesso indicato un intervento, sempre però per la ferita addominale, e che talora può utilmente compiersi per via transtoracica.

È da notare la frequenza con cui nei casi di abbondante emotorace si hanno temperature alte, spesso anche col tipo della febbre suppurativa, senza che esista alcuna alterazione nel sangue versato nella pleura.

Interventi in secondo tempo si rendono necessari nei casi di infezione.

* * *

Un'ultima categoria di feriti gravi è dato dai midollari.

La questione dell'utilità dell'intervento in questi feriti è ancora sub judice e l'esperienza se ne presenta irta di difficoltà, soprattutto per l'incertezza della diagnosi precisa della lesione e dell'indicazione operatoria.

E ciò tanto più in quanto i risultati sono in genere poco soddisfacenti.

Certo in alcuni casi non conviene tentare alcuna operazione, specie quando i dati anamnestici (paralisi totale e completa subito dopo la lesione) e l'esame neurologico ci dicano che vi è una lesione irreparabile del midollo.

Se così non è, e specialmente quando la radiografia ci dimostra la presenza in situ del projettile o l'affondamento di scheggie ossee, in modo che si possa fondatamente ammettere, in accordo coll'esame neurologico, che vi sia una compressione midollare, è certamente opportuno intervenire, in genere attendendo qualche giorno per l'evoluzione dei sintomi.

Si può allora, come in uno dei miei casi, ottenere anche rapido e brillante successo.

Nell'ambulanza furono osservati 17 casi di ferite d'arma da fuoco del midollo, di cui 12 non furono operati.

Di questi sei morirono in breve periodo di giorni e 6 vennero traslocati. Cinque furono operati, con cinque guarigioni operatorie, tutti col mio metodo di laminectomia, e con estrazione di scheggie ossee o di projettili.

NOTE DI TECNICA.

Gabinetto radiologico annesso alla Clinica medica di Firenze.

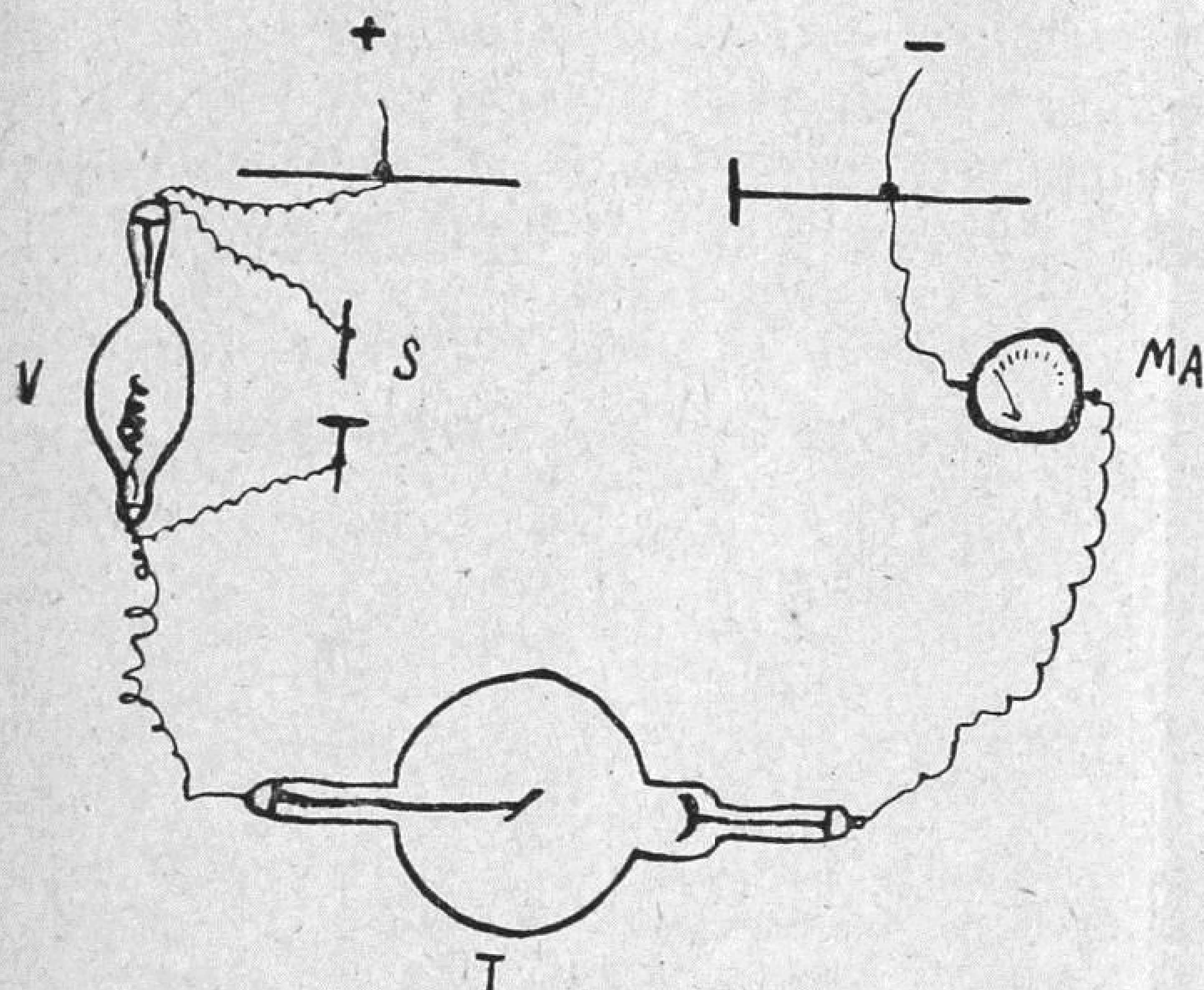
Sull'opportunità di un dispositivo che permetta di apprezzare la durezza del tubo-valvola.

Prof. LUIGI SICILIANO.

Credo che sia un inconveniente che capiti a tutti i radiologi quello di constatare di tanto in tanto l'indurirsi del tubo-valvola. Mi riferisco a quegli impianti, in cui la valvola è intercalata nel circuito del secondario.

Questo inconveniente ha specialmente importanza, quando si è obbligati a servirsi del milliamperometro per sorvegliare e regolare l'andamento del tubo; il che si verifica nel caso in cui si debba valutare l'intensità dell'irradiazione nel corso di un'applicazione radioterapica o quando si voglia conoscere il rendimento del tubo prima di accingersi ad eseguire una radiografia.

Nell'un caso e nell'altro, se la valvola è eccessivamente dura, essa può colla sua resistenza influire sui valori segnati dal milliamperometro, oltre a rendere anormale il funzionamento del tubo. Un tale inconveniente è ancora più da deplorare per la circostanza che il tubo-valvola suole tenersi sempre coperto per modo che la sua luminosità non venga a disturbare l'oscurità dell'ambiente.



Esclusa quindi la possibilità di sorvegliare il grado di durezza della valvola mediante la osservazione diretta di essa e l'aspetto della sua fluorescenza, ho creduto opportuno ricorrere ad un semplice dispositivo per ovviare a questo inconveniente. Esso consiste nell'aggiungere un piccolo spinterometro, a disco e a punta, intercalandolo in derivazione sui fili che vanno al tubo-valvola, come indica l'annessa figura schematica.

La distanza esplosiva tra la punta e il disco deve essere superiore a quella che corrisponde alla resistenza del tubo-valvola, durante il passaggio dell'onda diretta; essa è in generale di circa 0.5 cm. Dunque praticamente è sufficiente una distanza di 2-3 cm. In tal modo si è sicuri che, appena la durezza del tubo-valvola si eleva fino ad oltrepassare il valore della scintilla equivalente da 3 cm., lo spinterometro entra in funzione, avvertendo il radiologo dell'avvenuto indurimento della valvola e al tempo stesso facendo le veci di valvola. Naturalmente sarà indicato allora procedere al rammollimento del tubo-valvola.

Forse già altri radiologi avranno adottato un simile semplicissimo espediente, anche prima di me; ho voluto richiamarvi l'attenzione, perchè mi sembra un'aggiunta praticamente molto utile, specie durante l'intenso lavoro radiologico attuale.

RIVISTE SINTETICHE

Effetti indotti negli organi del respiro, in ispecie sulle prime vie, dai mutamenti atmosferici.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI.

Platone inizia il suo dialogo « sulla bellezza » con una confidenza di Fedro a Socrate, la seguente: « E all'amico tuo e mio dando io mente, ad Acumeno, passeggio per le vie aperte: chè, dice, così ci si invigorisce più che andare sotto ai loggiati ».

Questo passo è tale da far meditare e indurre a domandarci come da così grande amore per l'aria libera, principale fattore di benessere organico, si potè passare a odiarla, così da tenere nelle nostre case sovente finestre e porte accuratamente chiuse. In regioni ben più fredde delle nostre, come nei paesi anglo-sassoni, si rifugge da questo mal costume e nelle camere da letto si lascia un largo spiraglio al ricambio dell'aria durante la notte; non può dunque il danno delle basse temperature valere in ogni caso per spiegare la preferenza della nostra gente — che a similitudine della chiocciola del Giusti: *Nelle abitudini - Del proprio guscio - Sta persuasa - E non intasa* — di respirare a lungo la stessa aria nei locali di dimora.

Se molta parte di tale usanza è dovuta all'ignorare e misconoscere i pericoli di un'aria

viziata, in numerosi altri casi ciò dipende dal diffusissimo timore, presunto o reale, di contrarre malattie delle prime vie aeree. Noi, che ci occupiamo di oto-rino-laringoiatria, dobbiamo di continuo rispondere a mille quesiti proposti da nostri infermi, i quali assicurano di andar soggetti, immediatamente, a coriza, a chiusura del naso, a raucedine, a tonsilliti, ecc. non appena si espongano a un *colpo d'aria*, all'umidità della sera, o facciano una passeggiata al sole in pieno meriggio.

Ora, hanno fondamento queste azioni fisiche, nella patogenesi di tali lesioni? Vediamo di discuterne gli elementi.

*
* *

Se l'importanza dell'aria pura nella conservazione della salute e se il valore dell'aria libera vengono valutate istintivamente, la nostra conoscenza dei principî fondamentali relativi all'azione dell'aria pura sul corpo sano e infermo è insufficiente e non soddisfa la nostra curiosità scientifica.

Nelle normali condizioni noi passiamo la maggior parte della vita in ambienti chiusi e per il rinnovamento dell'aria pura dipendiamo dalle risorse della ventilazione, le cui norme non hanno ancora sanzioni precise e indiscusse. Fu invero dimostrato che il *quantum* d'O^2 e la proporzione di CO^2 può variare ampiamente senza produrre danni all'organismo. Un tempo vigeva l'aforisma di Rousseau, *l'haleine de l'homme est un poison pour l'homme;* oggi gli effetti della scarsa ventilazione non si possono più attribuire solo alla presenza nell'aria di veleni organici volatili, alle *antropotossine*, come fu sostenuto da Brown-Séquart e di recente da Roseneau, poichè ricerche severe sembrano contraddire tali asserti. Così sarebbe da ripetere l'esperienza del Meslier, sull'*aria parlamentare*, raccolta nell'aula del Palazzo Borbone dopo quattro ore di discussioni, aria che cedette all'acqua tanti veleni da uccidere, con un cc. iniettato nelle vene, un coniglio.

Oggi si tende a indagare i fenomeni dell'aria sul corpo umano per la sua azione biochimica in ordine a tre fattori principali: *temperatura, stato igrometrico* e *movimento dell'aria.*

Sin dal 1883 Hermans pensò che gli effetti deleteri della scarsa ventilazione sono da attribuirsi al difficile raffreddamento del corpo per la aumentata temperatura e umidità dell'aria ambiente. Molti altri poi — Rubner, Flügge, Haldane, Di Vestea, Leonardo Hill — contribuirono allo studio, condotto sugli animali e sull'uomo, in momenti fisiologici e morbosi, dell'azione delle diverse condizioni atmosferiche sul nostro corpo. E mentre sembrano ormai stabiliti i principî generali, v'è ancora mancanza d'uniformità nelle idee relative ai mutamenti atmosferici, quali siano da considerarsi nocivi e quali benefici, e come debbano sistemarsi gli ambienti chiusi soggetti ad affollamento (uffici pubblici, negozi, ecc.), in quanto possano, se efficacemente controllati, mantenere condizioni di buona salute, pur escludendo i complicati sistemi di ventilazione con impianti costosi, che non hanno dato prova di praticità.

Passando al problema della terapia, specie nelle malattie dell'apparato respiratorio acute e croniche, si osserva che il sistema dell'applicazione dell'aria libera è generalmente accettato; ma ancor qui mancano molte cognizioni fondamentali, sebbene ci si debba riportare, concedendo loro identica importanza, ai tre fattori enumerati per una conveniente ventilazione: temperatura, stato igrometrico e movimento dell'aria.

L'aria libera subisce trasformazioni non solo ogni giorno, ma di ora in ora, in rapporto alle tre citate condizioni, mutando poi in modo più o meno notevole secondo le diverse località. Difettano tuttavia esatti rapporti riguardanti l'influenza esplicata da detti fattori nelle malattie degli organi del respiro; ancor meno conosciamo quali siano i fatti e gli stati più favorevoli per l'azione dell'aria libera; ed è logico, nel considerare la varia natura delle entità morbose, discutere gli effetti da essa prodotti tanto sulle vie respiratorie quanto su tutto l'organismo, poichè la reazione nello stesso ambiente si può presumere differisca nei singoli malati. Occorrono ancora diligenti osservazioni nelle varie forme: e benchè sia a tutti noto che quegli effetti meritino grande rilievo, vigono le più diverse opinioni sull'azione dei cambiamenti d'aria sulle vie respiratorie.

A tal proposito non è fuor di luogo richiamare alcuni fondamenti fisiologici. La temperatura interna dell'uomo è costante e non varia oltre 37° C., tanto nelle regioni artiche come ai tropici; essa è rapidamente adattabile all'estremo caldo e freddo, più che in qualsiasi altro animale, adattabilità in gran parte dovuta al sistema vaso-motore, per cui la cute risponde immediatamente alle variazioni della temperatura esterna contraendo o dilatando i vasi sanguigni, e gli apparati glandolari. Questa produzione di calore risultando dal meta-

bolismo, varia moltissimo con l'attività dei vari organi e però la facoltà di mantenere costante la temperatura dipende in gran parte dalla possibilità di un' adeguata diminuzione di calorie; questa dispersione avviene in massima parte per via cutanea (e dal polmone), donde il calore dilegua per radiazione, conduzione ed evaporazione. Ora la quantità di calore così eliminato dalla superficie del corpo dipende molto dalla temperatura dell'aria circostante e anche (per l'evaporazione) dal suo stato igrometrico. E come l'umidità dell'aria a immediato contatto con il corpo cresce in modo rapido per il vapore che si forma, così la colonna dell'aria mossa nella trasformazione di questo compenetra il calore perduto nella evaporazione; così come l'aria umida è miglior conduttore di calore che non la secca, il calore perduto nella conduzione è influenzato dal movimento dell'aria e dalla sua umidità.

Sono pure fattori importanti le fogge e la pesantezza del vestiario e l'attività muscolare. Raccogliendo dati fra i minatori, Haldane trovò che durante il riposo la temperatura del retto non si elevava abnormemente sino a che il bulbo umido del termometro nello psicrometro registrava 30°; ma se questa temperatura toccava anche un solo grado sopra detta cifra, si aveva un notevole aumento nel calore rettale e un successivo aumento portava a un più rapido rialzo termico. Nello spostarsi dell'aria la temperatura della bolla fasciata di mussolina umida può essere sopportata senza aumento nella temperatura del retto. Nell'aria in quiete, durante il lavoro muscolare, il limite era inferiore, essendo di un 25° nelle calme salite; temperatura che, durante l'aria mossa, poteva sopportarsi senza aumento di quella corporea.

Entro limiti ragionevoli, il cambiamento di temperatura può avere effetti benefici, poichè il passaggio subito dal caldo al freddo tonifica il sistema vascolare; se questo fenomeno si ripete spesso costituisce un sano esercizio dei tessuti, di guisa che si accentua l'adattabilità organica alle variazioni atmosferiche e il soggetto diviene meno suscettibile ai nocivi effetti degli sbalzi di temperatura. Ciò, secondo Walter James, è importante quando si debba istituire un impianto di ventilazione; egli è convinto che una temperatura uniforme abbassa, per mancanza di salutare ginnastica, il tono del sistema vaso-motore. John Wright espresse opinione consimile in ordine ai mutamenti della pituitaria di fronte alle modificazioni atmosferiche.

* * *

Quanto agli effetti del freddo si può stabilire con minore esattezza il limite fisiologico più basso nella temperatura dell'atmosfera; quando quella del sangue, dopo lunghissima permanenza in freddo intenso, tocca + 2°, ciò è incompatibile con la vita. Sono tuttora insufficienti le osservazioni sul trapasso dallo stato benefico fisiologico del sangue al mutamento patologico che avviene con temperatura fredda: sembra sia variabile nelle diverse condizioni di età, di razza, di sesso, di stato di salute o di malattia.

L'esporsi al freddo fu considerato *ab antiquo* quale causa diretta o indiretta di gran numero di malattie, specie delle vie respiratorie. Questi principî, con i progressi della batteriologia, vennero combattuti; ma qui è bene intendersi e non è da abbandonare come vieto il precetto che l'esporsi al rigore e crudezza del tempo sia cosa pericolosa. Fatti sanciti dall'esperienza dimostrano che il freddo agisce non solo sulle vie respiratorie, ma sulle forme reumatiche e neuritiche, sulle nevralgie e sulle mialgie; così pure sull'apparato renale; Murri ne ha bene messo in luce l'intervento patogenetico nella *emoglobinuria a frigore*. È pure acquisito che il freddo diminuisce i poteri di resistenza alle malattie infettive; è di osservazione clinica ben stabilita che le polmoniti colpiscono di preferenza individui sottoposti a rapidi e improvvisi raffreddamenti. Sin dal 1889 Platania introducendo biplococchi capsulati nella trachea di vari animali e collocando questi ultimi in atmosfera asprissima, ne vide morire molti di polmonite. Charrin constatò sperimentalmente che il freddo diminuisce la resistenza delle cavie alla malattia piocianica. Galtier trovò che le cavie mantenute a — 2° contraggono il carbonchio per inoculazione, mentre, con la stessa quantità di virus, non lo contraggono se tenute a 4-7°.

Ciò nel laboratorio; in natura si hanno condizioni un po' diverse, che tengono dallo stato amicrobico dell'aria. Il De Filippi nella relazione sanitaria del viaggio del Duca degli Abruzzi al Monte S. Elia scriveva: «Un fatto degno d'esser notato è la relativa incolumità per tutte le cause morbose così dette reumatizzanti, di cui si gode vivendo sui ghiacciai, dove per l'appunto si è continuamente esposti, più che in qualunque altro genere di vita, a tutte quelle condizioni che parrebbero le più favorevoli a produrre malattie reumatiche. Dei 21 uomini non vè ne fu mai uno malato anche solo

di reumatismo muscolare, nè di dolori articolari, nè di catarri delle vie respiratorie, neppure nella loro forma più mite di semplice raffreddore ».

E nella relazione sulle condizioni sanitarie durante la spedizione dello stesso Duca al Polo, dettata dal Cavalli-Molinelli, si legge: « Internamente (entro la capanna), con la stufa accesa, si raggiungeva una temperatura di + 15° a + 18°, e nella notte, con la stufa spenta, scendeva di rado sotto 0°. La differenza di temperatura fra l'interno e l'esterno, sopratutto d'inverno, era abbastanza considerevole; da un ambiente di + 15° noi uscivamo all'aperto a — 35° — 40° senza aver bisogno di premunirci con quelle precauzioni, che, trascurate nei nostri paesi, darebbero certamente luogo a malattia. Il più delle volte andavamo fuori con lo stesso abito che abitualmente indossavamo sotto la tenda, abbottonando bene la giacca e mettendo copricapo e guanti; si circolava liberamente dentro e fuori senza preoccupazione di sorta, e nessuno mai ebbe a lamentarsi di catarro bronchiale, di tosse, di reumi o di raffreddore; anzi qualcuno dei nostri, che in Italia andava soggetto frequentemente a raffreddore, laggiù ne fu sempre immune. Benefica immunità data dalla purezza dell'aria atmosferica, priva di microrganismi patogeni... ».

Anche documenti tratti dalla patologia comparata depongono nello stesso senso.

Respirare bene e profondamente è per i Giapponesi una funzione anche più importante della buona nutrizione. Le donne imparano sin dai primi anni come la vita sia impossibile senza una quantità sufficiente di aria pura nelle camere; così esse anche di notte lasciano un poco aperta la finestra della loro stanza, anche quando la temperatura è freddissima. Appena alzate vanno fuori di casa per inspirare a pieni polmoni l'aria fresca mattutina, e dopo rientrano per il solito bagno giornaliero. La tisi — nota Jrwing Hancock — è molto rara nel Giappone e i raffreddori neppure in inverno sono frequenti, quantunque i Giapponesi non riscaldino le loro camere, ma si appaghino di alimentare un piccolo bracere per riscaldare il thè o intiepidire le mani; con tali abitudini igieniche è pure probabilmente legato il fatto che fra essi sono quasi sconosciute le malattie reumatiche.

Chelmonski pensa che non esista il raffreddamento nel senso comune fin qui usato; esso avrebbe una parte subordinata come fattore etiologico e nelle malattie infiammatorie gli si può attribuire solo il significato di un momento predisponente. Il raffreddamento deriva dall'azione di agenti termici per lo più evitabili, ossia da gradi di freddo molto relativi. Il grado della reazione cutanea ad un dato stimolo termico ci dice se l'individuo in questione può raffreddarsi in date circostanze; dato anche che il grado della disposizione al raffreddamento non è costante in uno stesso individuo. Invero non v'è alcun rapporto fra la disposizione ad una malattia di raffreddamento da un lato e lo stato di nutrizione e di sensibilità alla temperatura dall'altro. Gli uomini avanzati in età, i febbricitanti, coloro affetti da nefropatie, sembrano più disposti alle malattie da raffreddamento.

Le precauzioni usate comunemente contro il raffreddamento non solo sono accompagnate da un effetto opposto, ma espongono l'organismo a un pericolo molto più serio della stessa malattia che si vuole evitare. Il miglior metodo per difendersene è quello di diminuire con adatti esercizi il potere di reazione agli stimoli termici; ma anche su ciò non si può fare eccessivo affidamento, poichè, come notava Angelo Celli, la virtù di adattarsi alla volubilità climaterica si perde d'un tratto, con massima facilità.

***

Oltre questi dati, offerti da varie fonti, vediamo quelli di autori recenti.

Chodounsky trovò che gli animali sottoposti a raffreddamento erano sensibili quanto gli altri, testimoni. Quale causa indiretta di malattia vari osservatori accennarono alla contrazione dei vaso-motori della cute dovuta al freddo, seguita da vaso-dilatazione riflessa in altre parti del corpo; la risultante congestione in alcuni tessuti e organi dà origine ai *morbi da perfrigerazione*.

Rossbach e Aschenbrandt dopo avere aperto la trachea a un gatto, applicarono compresse calde sul suo ventre, alle quali poi ne sostituirono delle ghiacce: dopo ciò osservarono spasmo vascolare dei rami tracheali, con pallore per 1-2′, seguìto da graduale dilatazione vascolare con iperemia, che dopo 5-10′ si mutò in colorito rosso fosco accompagnato da aumento di secrezione di muco.

Winter afferma che le modificazioni della mucosa tracheale sono identiche a quelle della flogosi.

I risultati di Rossbach e Aschenbrandt furono criticati. Chodounsky osserva che nella cura delle forme acute addominali si applicano con vantaggio compresse fredde e vesciche di ghiaccio, e nessuno le ha mai sconsigliate. Menzer li ritiene di scarso valore, per-

chè la trachea rimasta beante è esposta all'aria esterna e ai suoi inquinamenti; afferma poi che, riscaldando e inumidendo l'aria, la pituitaria si dissecca e diviene anemica, diminuisce l'attività fagocitaria e perciò la resistenza all'invasione batterica.

Una prolungata permanenza al freddo per Kuhn rende aride le mucose, predisponendo a infreddature; crede tuttavia che un lungo soggiorno al freddo possa proteggere da infezione purchè seguìto da reazione, consistente in iperemia cutanea e delle mucose.

Krinkalt ritiene che tale iperemia riflessa provocata *a frigore* sia elemento predisponente alle infezioni, malgrado la nota dottrina di Bier che giudica l'iperemia fattore di difesa; egli nota che se la stasi reca un aumento nell'alcalinità del sangue, l'iperemia attiva predispone all'infezione per la diminuita alcalinità sanguigna.

Da osservazioni rinoscopiche L. Hill rileva che la mucosa del naso col caldo e l'aria umida arrossa, si rigonfia e sopravviene un aumento di secrezione. Passando dall'aria calda alla fredda la mucosa diviene più pallida, ma rimane tumida, condizione che predispone a forme morbose. I poteri di difesa del sangue, la proprietà immunizzatrice del plasma, l'azione fagocitaria dei leucociti diminuiscono col sopraggiungere del freddo; mentre i germi patogeni trovano ambiente favorevole al loro sviluppo nel secreto della mucosa tumefatta.

Giudica inoltre che il movimento d'aria nelle stanze riscaldate impedisca l'effetto dell'iperemia e che in tal modo la gravità dell'infezione consecutiva sia minore; nota infine che l'aria calda secca produce meno turgore e secrezione in minor copia che non quella calda umida.

Chodounsky sostiene che le malattie delle vie respiratorie provocano di continuo casi di infezione e che tanto la permanenza in località fredde quanto i mutamenti atmosferici non portano di consueto alcun danno. Egli raccolse su sè stesso osservazioni e ordinò statistiche dalle quali ricava che le diverse malattie degli organi del respiro nelle varie stagioni sono dovute ad altri fattori e non al cambiamento di temperatura. Molti attribuiscono le malattie di quegli organi a germi latenti nelle vie aeree: il male sopravverrebbe solo quando le condizioni atmosferiche siano tali da rendere le mucose suscettibili all'invasione.

L'A. ricordato combatte tale concetto, fondandosi su esperimenti sugli animali e su sè medesimo. Nel febbraio, soffrendo di bronchite cronica, dimostrava che i suoi organi respiratori contenevano una ricca flora patogena; per ben sei volte si espose nudo a correnti d'aria dopo un bagno caldo, senza asciugarsi: non seguì alcuna infezione.

Un'altra ipotesi sui rapporti tra il freddo e la forma morbosa è basata su mutamenti chimici della crasi del sangue e del mestano interno dei tessuti. Esch rileva che durante l'inverno mentre la vita trascorre in ambienti chiusi, non igienici, il sangue contiene numerose scorie, che nell'esporsi l'individuo al freddo, si raccolgono negli organi interni predisponendo a infezioni.

Nebelthau dopo forte raffreddamento poteva dimostrare nei cani emoglobinemia, ma non emoglobinuria.

* * *

Fra tanta disparità di opinioni, Miller e Hutchison Cocks vollero sperimentare l'influenza che esplicano sull'organismo le variazioni di temperatura, l'umidità e il movimento dell'aria. Gli esperimenti furono eseguiti in ambienti *ad hoc*, provvisti di strumenti per il controllo delle condizioni atmosferiche (temperatura, umidità, ecc.), di ventilatori, purificatori, caloriferi e scaricatori, muovendo dai seguenti dati immutabili:

Temperatura	Umidità relativa
Normale 20°C	50 per cento
Freddo 10°	50 „
Caldo asciutto 26°	20-30 „
„ medio 28-30°	50 „
„ umido 28-30°	80 „

L'intensità dell'ostruzione vasale indotta dalle oscillazioni atmosferiche sui soggetti in esperimento fu determinata con lo specchio di Gloetzel per la *rinoigrometria* (raccoglie sulla superfice speculare graduata una macchia data dal vapor d'acqua contenuto nell'aria espirata da ciascuna narice). Dalle diligenti esperienze Miller e Cocks rilevarono che le spiccate alterazioni nella mucosa nasale sono conseguenza di oscillazioni della temperatura e dell'umidità dell'aria. Essi videro che l'esporsi al caldo, nella maggior parte degli individui sani, è causa di tumefazione, di iperemia, di aumentata secrezione della pituitaria; mentre l'esporsi al freddo è cagione di diminuito turgore, di minore arrossamento e di più scarsa secrezione.

Gli effetti per l'esporsi al caldo sono più accentuati se l'umidità dell'aria è intensa. Le

correnti d'aria che colpiscono direttamente il volto modificano gli effetti sulla schneideriana delle variazioni di temperatura dell'aria. Il caldo intenso o le correnti d'aria attenuano il turgore e la secrezione, mentre una temperatura bassa con aria mossa le aumenta.

Non è dimostrato che l'esposizione del corpo ad eccessi di temperatura e di correnti aeree provochi fatti riflessi che hanno punto di partenza dalla mucosa nasale.

Gli operai costretti a lavorare a temperature elevate e umide (tintori, lavandai, minatori) sono soggetti a frequenti riniti atrofiche; quelli esposti al caldo asciutto (fochisti, fonditori) ne sono pure colpiti, ma in una percentuale minore dei precedenti. La loro mucosa nasale, nelle oscillazioni di temperatura atmosferica e di umidità, reagisce in modo diverso che negli individui normali.

Queste ricerche ricordano quanto è stato osservato dal Gabbi per effetto del *ghibli* africano: il quale fra l'altro dà un senso molesto di bruciore al naso ed in taluni, di recente giunti in Tripolitania, come una vera e propria corizza, senso di punture e bruciore molesto agli occhi e facile tendenza alla lacrimazione.

***

Da tale complesso di ricerche si può concludere che gli squilibri circolatorî nella mucosa delle cavità nasali determinati dalle variazioni dello stato atmosferico sono troppo evidenti e numerosi perchè non sia legittimo invocarli quali possibili fattori predisponenti di infezioni batteriche delle vie areee superiori.

Il cambiamento di temperatura deve considerarsi come una condizione atmosferica più favorevole al prodursi di tali squilibri. Le oscillazioni di temperatura e le correnti d'aria è più facile che provochino direttamente fenomeni a carico della pituitaria che non per via indiretta e riflessa, con la stessa azione sulla superficie del corpo.

Il prolungato e costante permanere in ambienti a temperatura calda — specie se v'è umidità, più di rado se il caldo è asciutto — provoca rinite acuta.

SERVIZI SANITARI.

L'organizzazione del servizio nevropsichiatrico per l'esercito.

Il numero dei soldati colpiti da malattia nervose e mentali durante e per ragion della guerra è molto grande e, per ovvie ragioni, va sempre aumentando. Provvedere all'assistenza di tali infermi e nello stesso tempo provvedere allo smascheramento delle simulazioni e delle esagerazioni di tali forme morbose, che più delle altre si prestano al trucco, ha costituito un problema grave, che le Direzioni degli eserciti hanno dovuto affrontare ed in vario modo hanno risolto. La migliore e più perfetta organizzazione si è attuata in Francia, dove i più bei nomi della nevrologia, Babinski, P. Marie, Dejerine, Thomas, Grasset, Meige, per citare i più noti, hanno assunta la direzione di questo servizio con risultati scientifici e pratici della maggiore importanza.

Anche in Italia per iniziativa di valenti cultori della Nevrologia, assecondata dalla buona volontà delle competenti autorità, molto si è fatto.

Il prof. Augusto Tamburini — attualmente Consulente psichiatra del Ministero della guerra — di cui sono ben note le ottime qualità di organizzatore, ha pubblicato nella *Rivista sperimentale di Freniatria* un articolo nel quale espone quali sono ora le condizioni di questo importante servizio ed indica nuovi mezzi perchè esso possa essere veramente perfetto e completo, veramente adeguato allo scopo cui mira.

In ciascuna Armata è istituito un servizio di Consulenza nevro-psichiatrica, cui è preposto uno specialista scelto fra i più competenti di quelli che facevano parte dell'esercito attivo: Prof. A. Morselli per la 1ª Armata, Prof. V. Bianchi per la 2ª, Prof. A. Alberti per la 3ª, Prof. G. Pighini per la 4ª. Ad essi spetta:

1° il servizio di consulenza nevro-psichiatrica propriamente detto, cioè la visita, da parte di essi, negli Ospedaletti e Ospedali da campo e di riserva, nelle zone della rispettiva Armata, di quei casi di malattie mentali o nervose che ivi vengono segnalati, per verificare la diagnosi e provvedere al loro successivo collocamento negli adatti Stabilimenti sanitari;

2° la organizzazione e direzione di speciali Reparti destinati ad accogliere, in uno o più punti del territorio della rispettiva Armata, quei casi che alla loro prima sommaria visita risultino poco chiari, o sospetti di simulazione o consistenti in forme psicopatiche o nevropatiche acute e facilmente guaribili con semplici

cure ospitaliere specializzate, o per i quali sia necessario un certo periodo di osservazione prima di stabilire l'opportuno ulteriore collocamento e decidere le relative questioni medico-legali.

Per quanto in qualche Reparto si stia tentando la separazione, è certo che per ragion di cose, questi centri devono essere necessariamente misti, nel senso che devono ricoverare insieme soldati affetti sia da forme mentali che nervose.

Quando però gli infermi sono dimessi da detti Reparti, nell'inviarli agli Istituti sanitari delle retrovie, le diverse categorie devono essere selezionate. I diversi malati distinti, per quanto è possibile, con separazione netta, in psicopatici o nevropatici, dovrebbero essere curati in Istituti specializzati.

Per ciò che riguarda i psicopatici il servizio nelle retrovie è sufficientemente organizzato, colla istituzione di Reparti psichiatrici militari di osservazione, di cui si hanno buoni esempi nei manicomî o nelle Cliniche Psichiatriche di Treviso, Verona, Mombello, Parma, Reggio-Emilia, Bologna, Imola, Ancona, Arezzo, Lucca, Perugia, Aquila, Bari, Napoli, Palermo e negli Ospedali militari principali di Torino, Padova e Roma. Ma stante il numero, inevitabilmente, sempre crescente di militari alienati ed il fatto che la capienza dei Manicomi Civili e delle Cliniche è limitata, il Prof. Tamburini ritiene necessaria la istituzione di qualche Manicomio militare.

Meno completa è sinora l'organizzazione del servizio specializzato per soli nervosi, per i quali si trovano Reparti di assistenza solo nei seguenti centri:

1) *Milano*, nel Reparto nevrologico militare dell'Ospedale Maggiore, diretto dal Prof E. Medea; 2) *Pavia*, nell'Ospedale di riserva, diretto dal Prof. Golgi, per lesioni nevriche periferiche; 3) *Torino*, nella Clinica neuropatologica, diretta dal Prof. C. Negro; 4) *Alessandria*, in un Reparto dell'Ospedale militare, diretto dal Prof. Boveri; 5) *Genova*, in un Reparto dell'Ospedale militare principale, diretto dal Prof. Buccelli; 6) *Ferrara*, nel Reparto speciale, diretto dal Prof. C. Boschi; 7) *Ancona*, in un Reparto speciale del Manicomio, diretto dal Dott. Prof. Modena; 8) *Perugia*, in un Reparto speciale del Manicomio, diretto dal Prof. Agostini; 9) *Siena*, nella Clinica diretta dal Prof. Fragrito; 10) *Brescia*, in un Reparto del Manicomio diretto dal Prof. Sappotti; 11) *Aquila*, in un Reparto del Manicomio diretto dal Prof. Del Greco.

A questi è da aggiungere il servizio nevrologico per militari attuato in alcune altre Cliniche per malattie nervose e mentali, come Genova, Pavia, Pisa, Roma, Napoli, Catania (capaci però sinora di pochi letti ciascuna) e il Reparto nevrologico istituito in questi giorni a Roma in una villa del Gianicolo per accordi fra la Sanità militare e la Commissione per nevropatici del Comitato Pro-Invalidi della Guerra, presieduta dal Prof. Tamburini, che sarà capace di circa 50 letti, e un Reparto nevrologico si è or ora istituito a Treviso sotto la direzione del Prof. Gatti.

Ma non è dubbio che, così come è costituito il servizio sanitario nevrologico, non è ancora completo, ed è inadeguato al numero gradissimo di casi di malattie organiche e funzionali del sistema nevroso. L'assistenza a questi infermi è necessaria per altro non solo per il dovere imprescindibile dello Stato di curare nel miglior modo possibile coloro che alla patria hanno offerto la propria salute, non solo per la necessità di restituire al più presto all'esercito combattente il maggior numero di malati o di traumatizzati, ma anche perchè questa specie di malati, quando siano trascurati, riescono di notevole aggravio allo Stato per le pensioni che si devono loro corrispondere, di danno all'economia nazionale, perchè si sottrae al lavoro un buon numero di individui.

Occorre pertanto istituire, come già si è fatto in Francia, vari *Centri nevrologici*, dove i nervosi funzionali possano riecevere quelle cure adeguate che solo Medici specialisti possono impartire; dove i feriti dell'encefalo, del midollo e dei nervi, con la opportuna cooperazione di nevrologi e di chirurgi, possano avere quelle cure, che, purtroppo, finora in buona parte dei casi non hanno.

Naturalmente questi Centri dovrebbero essere completati con Reparti di Radiologia, per le opportune indagini diagnostiche, e con Reparti di Kinesiterapia, per la rieducazione e restituzione funzionale.

Un'altra quistione sulla quale richiama l'attenzione il prof. Tamburini è quella che riguarda i simulatori ed esageratori di disturbi nervosi e psichici. Per lo più si tratta di individui originariamente amorali e criminali, che riescono doppiamente dannosi per il contagio morale che esercitano sugli altri.

Meglio sarebbe provvedere ogni Corpo d'Armata di un luogo, dove questi individui, tenuti strettamente separati, dovrebbero essere tenuti a lungo con severa disciplina ed obbligati al lavoro, costringendoli insomma ad un regime

di vita che li induca a rinunciare a tutto ciò che di volontario è sovrapposto alla originaria anomalia, e spingendoli a desiderare la vita del soldato, cui essi tentano di sottrarsi.

DR.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA SOCIALE.

La sifilide e l'assicurazione sulla vita.

(I. A. KOLMER. *The Journal of the American medical Association*, 6 maggio 1916).

La quistione delle relazioni della sifilide con l'assicurazione sulla vita si riconnette con quella della influenza diretta di questa infezione e delle sue lesioni viscerali sulla durata della vita e della sua influenza sulla resistenza organica in rapporto alle altre malattie. È generalmente ammesso che individui affetti da sifilide vanno più soggetti ad altre malattie, e che, se nella maggioranza dei casi nei primi stadii dell'infezione non esiste un vero pericolo di vita, nel periodo tardivo si hanno manifestazioni che compromettono la esistenza del malato.

Ed è perciò che la maggioranza delle compagnie di assicurazione domandano a ciascuno assicurando se egli ha o non contratta la sifilide e fanno fare dai loro medici a tale riguardo uno speciale esame clinico. Le domande di quelle persone che dichiarano esplicitamente di avere contratta la infezione o ne presentano manifestazioni all'esame del medico sono respinte o accettate solo con un più alto premio, perchè l'accettazione dei sifiilitici da parte delle compagnie costituisce un più grave rischio. Ma non è raro il caso che deliberatamente si nega o si occulta il fatto di essersi contagiati, o anche si risponde negativamente perchè si può aver dimenticata l'infezione iniziale. Non poche persone, specialmente le donne, ignorano di essersi infettate, ed in altre le lesioni ed i sintomi possono essere state extragenitali, o a carattere così mite che il loro significato e la loro importanza è misconosciuta anche da individui di una certa intelligenza. Ma a parte ciò vi sono alcune compagnie che domandano l'anamnesi medica solo in rapporto ad un certo numero di anni, per modo che può essere escluso il periodo nel quale si è verificato il contagio.

Ed è perciò che nella grande maggioranza dei casi spetta al medico svelare il vero. Ora se è possibile fare una sicura diagnosi nei casi nei quali esistono lesioni primarie e secondarie, o sintomi che fanno sospettare manifestazioni terziarie, ben difficile riesce riconoscere la infezione quando questa è latente o ha superato il periodo secondario.

La influenza della sifilide sulla durata della vita ha un rapporto più o meno diretto con la quistione del trattamento. Le infezioni virulenti, specialmente nei soggetti deboli ed immaturi, possono condurre a morte in un tempo relativamente breve. In ogni caso la durata della vita nei sifilitici è abbreviata. Bramwell ritiene che essa deve essere considerata accorciata di dieci anni nei casi di sifilide terziaria. Ora quando si è trascurato ogni trattamento si è sicuri di avere manifestazioni terziarie, mentre la sifilide è una malattia curabile, specialmente quando si fa nei primi stadî un trattamento adeguato ed intenso. La cura perciò ha una importanza grandissima nei rapporti tra sifilide ed assicurazione. Alcune compagnie accettano i sifilitici solo dopo tre anni dall'infezione, e di questi due devono essere impiegati nella cura intensiva a base di mercurio e di salvarsan, ed il terzo deve servire di osservazione; durante questo ultimo anno non deve manifestarsi alcun sintomo della infezione.

Gli individui curati solo con i preparati iodici o dediti alle bevande alcooliche ed altri stravizî sono considerati di gran rischio.

D'altra parte le nostre conoscenze sul trattamento della silifide sono sensibilmente modificate in seguito all'introduzione nella diagnostica delle reazioni serologiche ed alla scoperta del salvarsan.

Non si possono ancora stabilire norme sicure sulla efficacia di una cura, ma è certo che la reazione di Wastermann costituisce a tale riguardo un controllo abbastanza sicuro. Quando si conosca il metodo e la durata del trattamento, lo stadio della malattia nel quale esso è stato praticato, si hanno sufficienti elementi per risolvere la quistione del rischio d'assicurazione per gli individui sifiilitici. Ma è sopra tutto la reazione di Wassermann che ci mette in grado di apprezzare la efficacia di ogni trattamento, specialmente nella sifilide latente e nei periodi secondario e terziario.

Dopo che è stato dimostrata la presenza di spirochaeta pallida nei tessuti con lesioni terziarie è dubbio se si possa ancora parlare di postumi di sifilide. Le tossine ed altri prodotti del microrganismo specifico possono provocare alterazione degenerative in varii organi, ma è

più probabile che le manifestazioni tardive della sifilide, come l'aneurisma, l'insufficienza aortica, l'arterite, ecc., costituiscano lesioni sifilitiche dovute alla presenza di spirocheti viventi piuttosto che postumi nel vero senso della parola. Noguchi e Moore, Nickols, Wile ed altri hanno dimostrato il microparassita nel cervello e nel midollo spinale di individui affetti da paralisi generale e da tabe, per modo che il termine di «parasifilide» o di «pseudo sifilide» non ha ora più alcun significato. E d'altra parte Warthin ed altri sono riusciti ad accertare la presenza di parassiti nel cuore e nei vasi che si ritenevano sicuramente curati e guariti dalla sifilide.

È molto probabile che esistono differenti specie di spirocheti con differenti affinità per i tessuti: così alcuni ceppi possono avere un'affinità elettiva per il sistema nervoso centrale, altri per il sistema cardiovascolare ed altri ancora per le ossa, per il periostio, per la pelle, per le mucose, ecc., per modo che le manifestazioni cliniche corrisponderebbero alla varietà del parassita. Al riguardo bisogna ricordare che i vecchi sifilogrofi ritenevano che i sifilitici con abbondanti manifestazioni cutanee difficilmente presentano lesioni a carico degli organi interni e sono più suscettibili al trattamento.

È ben noto che tra le più gravi manifestazioni tardive, che colpiscono spesso in età relativamente giovane il sistema nervoso, c'è la paralisi generale e la tabe dorsale, e che le gomme cerebrali e midollari, l'apoplessia, i rammollamenti da endoarterite obliterate dovuti ai prodotti viventi ed attivi degli spirocheti si possono avere prima dei 50 ed anche dei 40 anni di età.

Le lesioni cardiovascolari sono non raramente dovute alla sifilide. Si è potuto calcolare che gli aneurismi hanno un'origine sifilitica nel 66-80 % dei casi. L'endocardite sclerotica specialmente delle valvole aortiche, la miocardite diffusa, le gomme circoscritte al cuore, l'arterite cronica o la sclerosi delle coronarie sono fra le importanti lesioni di questo sistema, che possono anche sfuggire ad un esame clinico. E non meno importanti sono le manifestazioni a carico del fegato e dei reni.

D'altra parte la sifilide ha notevoli rapporti con la tubercolosi, in quanto che essa diminuisce la vitalità e la resistenza dell'organismo, preparando un facile terreno per l'attechimento e lo sviluppo del bacillo tubercolare, tanto che Journier ed altri ritenevano che la sifilide, specialmente nei soggetti deboli, fosse un fattore etiologico della tubercolosi.

Così che dal punto di vista dell'assicurazione sulla vita bisogna tener presente che la durata della vita è di per sè stessa abbreviata nei sifilitici, e che questi sono più soggetti a contrarre altre malattie, donde la necessità di stabilire per quel che è possibile che gli aspiranti all'assicurazione non abbiano contratta la lue, specialmente quando si tratti di assicurazioni di lunga durata e di grosse somme. Ma se vi sono casi cui la diagnosi riesce facile, ve ne sono altri moltissimi in cui manca ogni manifestazione clinicamente accertabile. Ed è in questi casi che la reazione di Wassermann e quella della luetina assumano un valore importante. In presenza di lesioni più o meno definite e clinicamente diagnosticabili le suddette reazioni servono solo di conferma; ma nella sifilide latente o occulta, o come guida del trattamento esse hanno un valore particolare.

La natura altamente specifica della reazione di Wassermann è stata dimostrata con innumerevoli indagini in individui sani ed affetti da sifilide o da altre malattie.

Ed al riguardo bisogna rilevare le più recenti indagini fatte con una tecnica più perfetta hanno sempre più ridotto il numero delle malattie capaci di dare una reazione simile a quella della sifilide. Per modo che oggi può dirsi che la reazione di Wassermann è positiva, oltre che nella lue, solo nella framboesia, nella lepra ed in alcuni casi dopo l'anestesia.

Nella sifilide terziaria la reazione è positiva nel 96 % dei casi, specialmente nella paralisi generale, nella tabe, nell'aneurisma dell'aorta, ecc. Nei casi di sifilide latente e specialmente in quelli rimasti a lungo senza trattamento la reazione di Wassermann è positiva nel 70-80 % e può costituire il solo sintomo della infezione e quindi può spingere ad iniziare le cure necessarie per prevenire lo scoppio di manifestazioni terziarie. Quando esistono fatti che fanno sospettare con fondatezza la infezione e la reazione è negativa per il siero di sangue, è indispensabile praticare la reazione stesso col liquido cefalo-rachidiano.

La sifilide congenita raramente deve essere presa in esame nei riguardi dell'assicurazione sulla vita: ma se fosse constatata in individui giovani bisogna negare l'assicurazione. Nella sifilide congenita non curata in bambini di uno o più anni di età, la reazione di Wassermann è positiva nel 97-100 % dei casi, e nella deficienza mentale congenita è stato dimostrato che la sifilide ha un'influenza etiologica molto più notevole di quel che generalmente si crede.

D'altra parte la reazione di Wassermann vale anche a provare la efficacia del trattamento a base di mercurio o di salvarsan o di ambo questi medicamenti. La reazione è il più costante e delicato sintomo della sifilide ed ordinariamente è l'ultimo a scomparire. E quando la contrattazione di un'assicurazione dipende dalla quistione del trattamento, non si può adottare indifferentemente una cura qualunque e di qualsiasi durata, ma la sua efficacia deve essere saggiata con l'esame clinico e serologico. La durata della cura è in rapporto con la natura della infezione e con il periodo di tempo trascorso tra il contagio e l'inizio della cura stessa.

In conformità delle nostre attuali conoscenze la persistenza di una reazione positiva anche dopo un lungo periodo di tempo indica la presenza di spirocheti viventi, e che in tali casi sono più probabili con l'andar del tempo manifestazioni a carico del sistema nervoso.

La reazione della luetina di Noguchi è specifica per la sifilide. Essa è una reazione allergica analoga a quella della tubercolina per la tubercolosi. La tecnica è molto semplice: iniezioni intracutanea di 0,07-0,10 c. c. di luetina che è un'emulsione sterilizzata col calore di differenti culture di *spirochaeta pallida*. La reazione positiva consiste nella formazione di papule e di pustule con eritema al punto d'inoculazione. Noguchi in base ad una larga osservazione afferma che la reazione è positiva nell'80 per cento dei casi di sifilide terziaria, nel 70 per cento di sifilide congenita, nel 60 per cento di sifilide del sistema nervoso, come la paralisi generale e la tabe, e quasi nel 90 per cento di sifilide viscerale e specialmente nella insufficienza aortica.

La reazione della luetina, che ha un valore relativo nella sifilide primaria e secondaria, ne ha uno grandissimo nelle forme terziarie congenite e latenti e specialmente per saggiare la efficacia del trattamento, cioè sopra tutto in quei casi che hanno più importanza in rapporto all'assicurazione sulla vita. Essa costituisce il miglior controllo della reazione di Wassermann e può affermarsi che una reazione della luetina positiva, anche quando l'altra sia negativa, può far essere sicuri che l'organismo è tuttora infetto. La reazione stessa d'altra parte per la sua semplicità tecnica può avere un maggior campo di applicazione nella pratica delle assicurazioni. DR.

Pubblicheremo prossimamente:
T. PONTANO: *La cura delle ferite craniche di guerra.*

(14)

CHIRURGIA.

Sulla chirurgia di guerra nelle ambulanze avanzate.

(A. SCHWARTZ. *Paris médical*, Anno 6°, n. 42).

L'A. avendo passato ventun mesi nelle ambulanze di prima linea, e prestata la sua opera nelle condizioni le più svariate, costretto a farsi tutta una educazione chirurgica completamente nuova per essersi persuaso che non corrispondevano alle realtà le idee su la chirurgia di guerra con le quali, al pari dei suoi colleghi, era partito per i luoghi di combattimento; crede utile pubblicare le sue impressioni ed i risultati ottenuti nell'intendimento e con la speranza che ne possano ricavare qualche profitto coloro che non hanno ancora la stessa esperienza.

La convinzione, risultato della educazione scientifica ricevuta, che non bisognasse praticare veri interventi chirurgici nelle zone avanzate affidandosi alla innocuità dei proiettili *umanitari*, doveva subito tramutarsi radicalmente: la guerra moderna sostituendo alla manovra delle masse la lotta di trincea, ed alle ferite da palle di fucile quelle di ogni sorta di proiettili d'artiglieria, metteva i chirurgi di fronte non più a ferite asettiche ma a gravi lesioni di cui i principali caratteri sono la sudiceria ed il frastagliamento dei tessuti.

Il proiettile d'artiglieria trascina con sè le più svariate materie nelle quali si incontra: terriccio, brandelli di vestiario sempre sudicio, parti di cute ricoperte di peli, sicchè le ferite non causate da palle di fucile sono fatalmente destinate ad una rapida infezione. È perciò facile immaginare a quali disastri conducesse la terapia che era stata insegnata: mettere una medicatura su tali lesioni, sia pure imbevendola di tintura di iodio, significa esporre il ferito a tutte le complicazioni gravi che si sono viste all'inizio della guerra: cangrena gassosa, setticemia, tetano; significa costringere in secondo tempo i chirurgi a gravi demolizioni dove un semplice sbrigliamento avrebbe apportato un sicuro riparo.

Tutte le ferite prodotte da proiettili che non sieno di fucile debbono essere sbrigliate, qualunque sia la loro sede, la dimensione, la gravità, la natura delle lesioni profonde; e successivamente ripulite con la più grande accuratezza. Lo sbrigliamento deve essere secondo certe regole: non accontentandosi, come talvolta occorre vedere, di praticare delle minuscole incisioni di 2 o 3 cm. su uno solo o su entrambi gli

orifici prodotti dal proiettile; oppure passando attraverso un sottile e lungo tramite un drenaggio od una compressa di garza che agisca da tampone; ma aprendo largamente il focolaio del trauma, mettendone all'aperto tutti i recessi; trasformandolo in una grande cavità comunicante con l'esterno attraverso una o più incisioni cutanee abbastanza ampie.

Compiuta questa prima parte occorre poi nettare minuziosamente la ferita da tutti gli eventuali corpi estranei, ed asportare i tessuti lacerati e contusi di cui si possa con facilità prevedere la necrosi; per modo da evitare che i germi trovino terreno favorevole all'attecchimento.

Tutte le volte che è possibile occorre ricercare ed estrarre il proiettile; il che sarà tanto più facile quanto più lo sbrigliamento sarà largo; evitando così spesso anche la necessità di ricorrere alla radiografia che, come afferma anche Quénu, è impraticabile nelle ambulanze del fronte a causa del grande numero di feriti cui occorre sovente dover prestare soccorso.

Nell'applicazione dei precetti suindicati occorre tuttavia, secondo l'A., tenere nella dovuta considerazione il momento in cui il ferito giunge all'ambulanza; e cioè se subito dopo il trauma od a lesione già infetta. Quando la ferita è infetta occorre andar cauti nell'asportare i tessuti necrosati e già invasi dalla suppurazione e limitarsi allo sbrigliamento ed al drenaggio largo e completo.

Ma se la ferita è recente (appena di qualche ora) e semplicemente sudicia e non ancora presa dall'infezione si può completare la pulizia meccanica del focolaio traumatico con una vera resezione delle pareti in isfacelo. Alcuni chirurgi sono giunti persino a suturare le ferite così trattate; ma secondo l'A. è più prudente lasciare il focolaio ampiamente aperto, e procedere se mai ad una successiva e progressiva chiusura per mezzo di punti passati agli angoli della incisione solo quando si è ben sicuri di aver ottenuto una perfetta asepsi della ferita.

Circa l'uso di disinfettanti l'A. si mostra assai scettico: egli ha sperimentato tutti i più comuni (tintura di iodio, etere, permanganato, acqua ossigenata, cloruro di magnesio, liquore di Dakin) ma ha finito per convincersi che nessun antisettico ha il potere di sopprimere ad arrestare le infezioni; e che l'andamento delle lesioni di guerra dipende esclusivamente dalla precocità del trattamento chirurgico e dalla perfezione dello sbrigliamento e della pulizia; poichè le ferite in primo tempo sono sudicie, non infette; e l'infezione secondaria può essere evitata solo con larghi sbrigliamenti e con drenaggi ben praticati. L. Guidi.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sopra un caso di tubercolosi dell'epididimo guarito con la cura alla Durante

per il Dott. Sofia Antonio.

Un tempo le affezioni di natura tubercolare, specialmente degli organi genitali, erano di esclusiva spettanza chirurgica e basta dare un'occhiata ai trattati non recenti che parlano dell'argomento, per notare che l'accordo fra gli autori in proposito era, si può dire, completo.

Il Reclus infatti ammetteva che l'astenzionismo non doveva essere la regola abituale nella condotta dei chirurgi, di fronte alla tubercolosi degli organi genitali dell'uomo, da quando fu dimostrata la frequenza di questa localizzazione del processo tubercolare indipendentemente da lesioni viscerali, e fu riconosciuta la sua benignità.

Il Lepeyre si dichiarava intervenzionista nella tubercolosi degli organi genitali e riteneva che era necessario tenersi sempre pronti ad un intervento precoce, per potere ottenere una guarigione rapida e radicale. Il Delbet (*Bull. Méd.*) a proposito di un caso di epididimite bacillare, circa i criteri dell'intervento chirurgico, ammetteva che se la tubercolosi è circoscritta al solo epididimo, l'intervento è necessario, ma esso deve essere limitato al solo epididimo, e ciò egli dettava allo scopo di moderare la castrazione che si pratica senz'altro, asportando testicolo epididimo e porzione del deferente, e producendo in tal modo una mutilazione che si riconobbe eccessiva, quando specialmente testicolo e deferente erano indenni.

Autori più recenti vennero dopo a parlare di interventi chirurgici parziali (cauterizzazioni, raschiamenti, escissione parziale della vaginale, dell'epididimo, del testicolo, del cordone spermatico) ma *mutatis mutandis*, non si usciva dai metodi operativi che restavano tuttavia di spettanza chirurgica.

Un grande passo si fece nel progresso della scienza, quando la terapia moderna si arricchì di una geniale conquista nella cura della maggior parte delle affezioni di natura tubercolare, conquista dovuta all'illustre Maestro Prof. Durante, fulgida gloria della Scuola chirurgica Romana, il quale introdusse, non sono molti anni e con fortunati effetti, un novello indirizzo nella cura suddetta, basato sulle applicazioni dello iodio.

Il metodo, che rapidamente andò acquistando la fiducia della classe sanitaria italiana e straniera e che prese il di Lui nome, fu seguito ed

usato con entusiasmo, e non pochi furono gli autori che in breve ne vantarono i pregi; il Boudreu, per esempio, così si esprime nel *Journal de Médecine de Bordeaux*, a proposito degli effetti dell'iodio sulla tubercolosi: « l'iodio nelle forme specifiche tubercolari è di per se stesso microbicida antitossico e di fronte all'organismo, agente intenso di leucocitosi, attivo secretore delle glandole e specialmente delle endocrine, tonico generale delle diverse funzioni vitali; tutte proprietà che manifesta senza abitualmente offendere l'organismo stesso anche se usato in dosi considerevoli ».

Le statistiche infatti sono lì a provare la veridicità della giusta asserzione e non v'è ormai Accademia o Società Medica o Congresso che non registri dei casi, i cui effetti meritano tutta la considerazione; tali risultati sanzionano sempre più nella coscienza della classe sanitaria la convinzione, che il rimedio è degno del massimo interesse, perchè col suo uso si possono evitare delle operazioni cruente, che se specialmente destinate a cadere sugli organi genitali, creano degli infelici, i quali mutilati fisicamente di un organo che sanziona la virilità dell'uomo, restano anche mutilati moralmente, essendo conseguenza immediata dell'atto operativo, un senso perenne di avvilimento e di sconforto.

L'osservazione clinica che credo interessante illustrare, ha il valore di un esperimento: trattasi di un contributo che, studiato e seguito dal suo inizio ad oggi, merita di essere segnalato. coll'augurio che il sistema entri sempre più nella coscienza di medici e ammalati e venga largamente applicato, dando esso affidanza che uomini emaciati possano cambiarsi in uomini fiorenti e capaci di fecondo lavoro.

P... A..., di anni 24, da Zagarolo, celibe; dei genitori il padre è vivente e sano, la madre morì affetta da tubercolosi pulmonale, lasciando il figlio in tenera età. Non ha fratelli nè sorelle.

Passato dell'infermo. — Non ha avuto malattie degne di nota che possano mettersi in relazione con la presente affezione; da giovinetto riportò una frattura della clavicola sinistra, che guarì senza conseguenze, lasciandogli solo una deformità all'emitorace omonimo; non ha avuto mai affezioni dell'apparecchio respiratorio, nè ha sofferto malattie veneree o sifilitiche di sorta.

Malattia attuale. — Esordì nel febbraio 1914 con dolore non molto pronunziato al testicolo sinistro, accompagnato da senso di pesantezza e gonfiore dell'organo. Fece delle applicazioni calde e dopo parecchi giorni vide stabilirsi una apertura dalla quale venne fuori un liquido purulento.

Chiamato a visitarlo riscontrai:

Nutrizione alquanto scaduta, sistema osseo bene sviluppato, naso, labbra nulla di speciale; denti guasti e male sviluppati; mucosa boccale pallida, tonsille, pilastri, faringe, ugola, normali. Articolazioni nulla. Glandole linfatiche latero cervicali e latero inguinali un pò evidenti, ma non presentano nulla di particolare.

Apparato respiratorio. — Torace di forma cilindrico conica 'poco sviluppato'; a sinistra sulla clavicola residui di frattura con evidente deformità dell'emitorace superiore; pulmoni, bronchi, pleure sani, non vi furono mai affezioni anche lievi di tali organi.

Cuore. — La regione precordiale appare normale all'ispezione. L'itto della punta ritmico si vede e si palpa al 5° spazio intercostale; toni chiari e netti in tutti i focolai; limiti normali.

Apparato digerente. — Nulla di particolare.

Apparato urogenitale. — Sul membro nulla di anormale. Lo scroto appare di grandezza un po' aumentata; usando la manovra del Tillaux per distinguere nella palpazione i testicoli dai loro epididimi, si nota: testicolo ed epididimo destro normali, tanto nella forma, quanto nella superficie e nella dimensione. Invece a sinistra si rilevano i seguenti caratteri: il testicolo si palpa al davanti dell'epididimo e la sua consistenza appare conservata; ad una palpazione alquanto delicata e persistente si può anche percepire la linea di demarcazione fra l'organo suddetto e l'epididimo sottostante. In quest'ultimo si osservano alcuni noduli che si trovano localizzati sul corpo e sulla testa dell'organo, i quali si presentano di consistenza dura, giacchè il testicolo, il cordone e in ispecie il deferente sembrano immuni. In prossimità del rafe mediano e nella parte più declive notasi un punto molto circoscritto dove appare evidente lo sbocco di un seno fistoloso intorno al quale osservasi un piccolo tumore liscio che fa corpo con i tessuti sottostanti fino all'epididimo col quale pare si saldi. La presione non suscita dolore.

Si stabilisce la diagnosi di epididimite fistolizzata di natura tubercolare e vengono consigliate subito le iniezioni iodo-iodurate, una ogni 4 giorni in sito e una al giorno per via ipodermica; la dose è il 3° grado.

Stato attuale. — L'ammalato ha praticato in tutto 18 iniezioni nel corpo dell'epididimo e più di 300 per via ipodermica a diverse riprese. Dopo un anno e mezzo circa l'ho rivisitato ed ho constatato i seguenti caratteri: stato generale soddisfacente, carattere ilare, aspetto florido, colorito delle mucose roseo, pannicolo adiposo abbondante.

Condizioni locali. — Esiste lieve rientramento della cute sul punto dove esisteva lo sbocco del seno fistoloso, che si vede completamente obliterato da tessuto cutaneo sano, senza infiltrazioni sottostanti; l'epididimo per quanto contragga ancora delle aderenze con la pelle dello scroto appare di volume normale, i noduli di cui si è fatto cenno sopra, per quanto non del tutto scomparsi, si palpano di volume insignificante, di consistenza molle, indolenti alla pressione e pare che abbiano perduto i caratteri riscontrati prima. per la forma, dimensioni e numero.

Che nel caso occorsomi si sia trattato di vera epididimite specifica tubercolare, non credo vi sia dubbio. L'assenza completa di sifilide avva-

lorata dalla mancanza di stimmate specifiche di sorta, e anche dal fatto che l'ammalto non ha mai usato della donna, l'assenza di infezioni veneree per le stesse suddette ragioni, e poi di cateterismi dell'uretra o di traumi sullo scroto, o di forme congestizie residuali dovute ad orecchioni o ad eccessi di masturbazioni, l'assenza di tutti questi caratteri, sommati ai precedenti ereditari specifici, giacchè la madre morì giovane per tubercolosi, e all'habitus caratteristico del suo organismo, furono tutti elementi che messi insieme mi fecero escludere una diagnosi di altra natura, e ammettere come indubitata quella tubercolare.

Gli autori ammettono che la sede primitiva della tubercolosi del tratto genitale nell'uomo, d'ordinario, è l'epididimo, il quale alle volte, viene colpito anche in forma grave. Quest'organo, residuo del mesonefro, può assorbire nella sua attività escretoria, diciamo, rudimentale, alla stessa guisa del rene, microrganismi che vi arrivano dal circolo generale, e non verificandosi tale meccanismo, ne è rara, com'è facile a comprendere, l'infezione primitiva. Questa è anche una delle ragioni per le quali l'uso della cura chrurgica, non viene oggigiorno condiviso, giacchè essendo la tubercolosi di natura ematogena, la sua localizzazione rappresenta una malattia secondaria e quindi l'atto operativo rimane sempre un palliativo che lascia, malgrado l'asportazione dell'organo, il paziente sempre tubercoloso.

Ecco quindi l'indicazione dell'uso di un farmaco che modifichi, per quanto è possibile, quell'habitus speciale, quello stato generale dell'organismo, nel quale circolano un insieme di elementi, che rappresentano il terreno favorevole all'attecchimento e allo sviluppo di stati patologici, che poi sintetizzano quelle flogosi lente e insidiose nelle quali è ospite abituale il bacillo di Koch.

La cura iodica nella tubercolosi chirurgica deve essere, come ogni cura, di lunga durata, deve saturare l'organismo, e deve essere individualizzata con le modalità e misure più appropriate al singolo caso.

Nell'arte molto delicata della determinazione esatta dei particolari di una cura, deve restare di guida il complesso organico del paziente con tutte le sue proprietà attive e reattive di fronte al medicamento, giacchè è un fatto che non ha bisogno di essere dimostrato, che la terapia clinica non può avere canoni generali applicabili con gli stessi criteri in tutti i casi.

Agisca lo iodio per azione diretta sul focolaio specifico o agisca per via indiretta, saturando o modificando elementi specifici, la cosa indispensabile è di dare all'organismo malato tanto, quanto è necessario per elevare l'indice di difesa, che potrebbe dirsi specifica, contro il morbo invadente. Da ciò la necessità che la cura sia intensiva per ottenere il massimo grado di efficacia, massimo al quale si deve pervenire per gradi, allo scopo di preparare l'assuefazione tanto indispensabile al raggiungimento di un duplice scopo: ottenere gli effetti voluti, ed evitare i fenomeni d'intolleranza; fenomeni del resto di lieve importanza, che mettono in guardia medico ed ammalato dalla saturazione alla quale l'organismo è andato incontro per sospenderne temporaneamente l'uso e riprenderlo con maggiore lena, appena è possibile, e con l'animo fiducioso che il prezioso rimedio basti da solo a scongiurare un'operazione cruenta, e a risanare un organismo destinato ad essere sopraffatto e distrutto da un terribile male.

Zagarolo (Roma).

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Riunioni medico-chirurgiche nel IV Corpo d'armata.

Seduta del 26 novembre 1916.

La radiologia nelle ferite addominali.

Prof. VITTORIO MARAGLIANO - *Genova*. — Riferisce il risultato di un mese e mezzo di lavoro radiologico da lui fatto nel II Ospedale Chirurgico Mobile diretto dal Prof. Ernesto Borani.

L'O. si ferma anzitutto sulla tecnica mettendo in rilievo i seguenti punti:

È anzitutto necessario un buono e potente istrumentario per poter eseguire delle nitide radiografie e delle buone radioscopie.

L'automobile radiologica del II Ospedale Mobile era prvovisto anche di un elettrovibratore che poteva funzionare su continua ed alternata e che diede in diversi casi buoni risultati.

L'apparecchio può essere collocato sotto tenda, ma è preferibile metterlo in un caseggiato perchè sotto tenda è più difficile ottenere la oscurità necessaria per la radioscopia e poi perchè, essendo in certe località il terreno umidissimo, si oppone al buon funzionamento degli apparecchi, specie di notte.

Mette in evidenza per le ferite addominali la grande superiorità della radioscopia sulla radiografia per le seguenti ragioni:

a) rapida esplorazione di tutto il corpo del paziente;

b) possibilità di osservare il ferito con diverse incidenze del fascio luminoso e in varie posizioni dell'infermo;

c) possibilità di studiare la eventuale mobilità del proiettile coi movimenti respiratori, coi movimenti peristaltici, colla palpazione, coi cambiamenti di posizione del ferito. Se anche fosse possibile adempiere radiograficamente alle due prime condizioni (la terza che è importantissima per la diagnosi sarebbe radiograficamente impossibile), ciò richiederebbe un tempo immenso, oltre a grande consumo di materiale.

Il servizio radiologico bisogna che risenta nelle unità mobili di quel carattere rapido, intenso e deciso che ha tutto il lavoro che non permette di indugiare nè di esimersi da responsabilità, anche le più gravi nè trasferirle ad altri.

Si accenna pai ai vari procedimenti tecnici che inquadrano lo sforzo diagnostico del radiologo, e, sopratutto, alla necessità di esplorare metodicamente con varie aperture di diaframma tutto il corpo, non tralasciando sopratutto la osservazione nella proiezione latero-laterale.

Passando poi al compito della radiologia nelle ferite addominali, l'O. fa rilevare anzitutto i due questiti che si prospettano al radiologo:

1° localizzazione del proiettile;

2° la valutazione delle lesioni che può aver prodotto.

Il primo quesito è di spettanza puramente radiologica.

Si insiste sul fatto che si deve trattare di una localizzazione sopratutto anatomica e non geometrica.

La localizzazione si presenta spesso assai difficile e si può dire che non è possibile dare norme generali essendo un problema che deve essere risolto dal radiologo caso per caso.

L'O. assegna un grande valore per posare la diagnosi di proiettile nella cavità addominale alla sua mobilità coi movimenti respiratori, ma sopratutto nelle varie posizioni del corpo. Specialmente difficile è la localizzazione dei proiettili alla base del torace che è campo comune con l'addome.

Pei proiettili situati nel rene l'O. dà una grande importanza alla palpazione renale che riesce talora a far spostare il proiettile stesso.

Qualche volta la discriminazione è impossibile perchè il proiettile procede tanto da collocarsi vicino all'intestino, così da partecipare ai suoi movimenti senza lederlo.

Per quanto riguarda il secondo quesito, esso è di spettanza comune al radiologo ed al chirurgo.

Spesso, anche dopo aver stabilito il decorso del proiettile e dalla posizione del foro di entrata e dalla sede da esso presa, non è possibile stabilire le possibili lesioni viscerali trattandosi di visceri mobilissimi.

Ma vi sono molti casi in cui questo studio fa escludere senz'altro possibili lesioni in determinati distretti addominali, alleviando così la opera del chirurgo.

L'O. conforta le sue asserzioni illustrando numerosi casi, di cui veramente alcuni tipici.

La localizzazione per estrazione del proiettile non ha valore perchè il chirurgo non opera per estrarlo, ma soltanto per curare le lesioni viscerali.

La radiologia è particolarmente utile nei casi dubbi di penetrazione, perchè può offrire al chirurgo la prova sicura e tranquillante che gli permette di evitare interventi esplorativi.

Il radiologo deve, quando è sicuro, prendere la sua parte di responsabilità, e. quando è dubbio, esporre francamente la sua incertezza, dicendo: « ciò che posso affermare certamente è questo, più oltre non posso arrivare »; restando così serenamente obbiettivo, senza sforzare l'arte sua.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull' eziologia dell' ozena.

Su questo argomento erano state intraprese, qualche tempo fa, delle investigazioni collettive, che la guerra ha interrotto; alcuni ricercatori hanno però continuato isolatamente le loro esperienze.

Si sa che il Perez fin dal 1899 ha attribuito l'ozena ad un bacillo (*Coccobacillus foetidus ozenae*), che egli asserisce trovarsi anche nelle cavità nasali di cani sani, ed in notevole quantità in quelli affetti da cimurro. Secondo nuove esperienze (1913) dello stesso A., l'inoculazione in conigli provocherebbe della secrezione nasale e delle croste. Tali ricerche sono state confermate recentemente da Hofer, che ha anche preparato dei vaccini.

Gowan però fa osservare che se la malattia fosse in realtà diffusa dai cani, essa dovrebbe trovarsi più frequentemente in persone che con essi stanno più facilmente in contatto (allevatori, cacciatori ecc.), ciò che non si verifica affatto. Invero nei cani affetti da cimurro ed anche in altri animali apparentemente sani, si trova un bacillo simile ma non identico a quello descritto da Perez: probabilmente i conigli usati da questi albergavano nelle cavità nasali detto bacillo.

Delle esperienze fatte da Murray e Larson con le colture del bacillo di Perez, anche virulentate, o con le croste ozenatose, tenute dapprima in termostato, hanno dato risultati negativi.

In America sono stati fatti numerosi trattamenti vaccinici con le colture del bacillo di Perez; continuando la cura per 3-8 mesi e facendo una iniezione ogni settimana, di 50-500 milioni. In due casi vi è stato miglioramento obbiettivo per quanto riguarda le croste; in moltissimi miglioramenti subbiettivi per il fetore e la faringite secca.

Questi risultati clinici sono incoraggianti, ma sono stati ottenuti anche con altri vaccini, ciò che escluderebbe un'azione specifica. La questione dell'eziologia dell'ozena rimane dunque sempre aperta. (*Edinburgh medical Journal*, aprile 1916). FIL.

Nel fascicolo scorso, a pag. 16, fine della colonna sinistra, sono state omesse le parole:

L'infezione per via orale non dà risultati altrettanto decisi.

Se il colera non si produce...

CASISTICA.

La tibialgia.

Le deficienze qualitative e quantitative di alimentazione cui sono costrette numerose masse di uomini in conseguenza della guerra hanno provocato lo scoppio di forme morbose finora sconosciute o per lo meno mai accertate nella civile Europa. E per ben note ragioni queste nuove malattie si verificano esclusivamente negli Imperi centrali, e più specialmente nei soldati dell'Intesa che ivi si trovano in istato di cattura e che son costretti a soffrire in tutti i deleteri effetti, più che la irrefrenabile crudeltà teutonica, le conseguenze del blocco commerciale.

In Germania ed in Austria è stata constatata frequentemente una caratteristica malattia: la tibialgia. Si tratta di un dolore che comincia all'epifisi superiore della tibia e si diffonde lungo la tibia e fino all'articolazione tibiotarsica. Labor (*Wiener Klinische Wochenschrift*, agosto 1916) che ne ha osservati parecchi casi nota che non può trattarsi nè di una nevralgia, nè di una mialgia perchè il dolore non colpisce nè i tronchi nervosi, nè i muscoli. Nè d'altra parte il dolore spontaneo, e la maggiore sensibilità ossea alla percussione possono mettersi in conto di fatti periostei perchè l'esame obbiettivo riesce in ogni caso negativo. Per queste ragioni e per il fatto che il dolore non cede alle più energiche cure antireumatiche non si può parlare di una forma reumatica.

Tenuto conto per altro che il disturbo in parola si è constatato parecchie volte come una conseguenza della malattia degli edemi, che esso di solito si manifesta in individui alimentati insufficientemente o, più spesso, con alimenti in conserva, che il reperto ematologico è analogo a quello della malattia degli edemi, della pellagra e dello scorbuto, che in quest'ultima malattia sono frequenti i dolori tibiali, si ha tendenza a credere che anche la tibialgia sia in rapporto ad un difetto alimentare.

Riteniamo interessante di richiamare l'attenzione dei nostri pratici su questa forma morbosa. DR.

TERAPIA.

L'alimentazione nelle nefriti croniche.

R. Intrito (*Annali di medicina navale e coloniale*, maggio-giugno 1916) fa una rivista critica dei metodi di cura dietetica nelle nefriti croniche. La dieta nei nefritici cronici, egli

osserva, deve essere indirizzata ad evitare l'affaticamento dei reni. E perciò devono essere eliminati o ridotti al minimo possibile quelle sostanze che non bruciano nell'organismo e sono eliminate dai reni integralmente o come prodotti di combustione. Una dieta ricca di azoto e di sale produce un sovraffaticamento dei reni ed una più facile intossicazione dell'organismo per insufficiente eliminazione di materiali di riduzione. Analogamente agiscono quelle sostanze che dànno luogo a fermentazioni o putrefazioni intestinali.

Il latte pareva il nutrimento che meglio rispondesse ad evitare gli inconvenienti suddetti. Ma l'esperienza ha dimostrato che, come già poteva supporsi a priori, l'alimentazione esclusivamente lattea non è scevra di svantaggi. Essa prolungata a lungo provoca nausea ed intolleranza nei pazienti, e molto più frequentemente disturbi digestivi. D'altra parte la quantità che se ne prescrive (3 litri al giorno) è insufficiente per un verso ai bisogni alimentari e dall'altro provoca per l'eccessiva introduzione di acqua nell'organismo un aumento della pressione vasale con il conseguente affaticamento del cuore. Nè la quantità di prodotti azotati e di cloruri introdotta con la dieta lattea è così bassa da potersi ritenere del tutto innocua.

Ma a parte gli inconvenienti della dieta lattea esclusiva, studi più recenti hanno potuto dimostrare che ai nefritici, purchè sia ridotto al minimo il cloruro di sodio si può concedere un'alimentazione mista, dalla quale non deve neppure essere esclusa la carne fino a poc'anzi incriminata. Si corre però subito alle esagerazioni. I benefizi della declorurazione furono ritenuti tali che si credette potere nell'alimentazione dei nefritici largheggiare senza alcuna restrizione o esclusione. Ora l'alimentazione carnea, fra l'altro, non è del tutto esente d'inconvenienti anche quando si sottopongono gli ammalati al regime declorurato più rigoroso. Ed al riguardo bisogna ricordare che accanto alle nefriti cloruremiche esistono quelle azotemiche, per le quali l'alimentazione ricca d'azoto provoca un maggiore accumulo di prodotti tossici nell'organismo.

Dopo avere ricordato questi dati dottrinali, l'Intrito passa a dare delle indicazioni pratiche sull'alimentazione dei nefritici. Malgrado le nuove acquisizioni della patologia, che hanno radicalmente modificato i vecchi criteri di terapia dietetica dei nefritici, è certo che vi sono ancora parecchi cibi che devono essere loro inibiti o limitati. Ed al riguardo l'A. ha preparato delle tabelle alimentari per nefritici cronici, nelle quali sono indicati varii pasti per detti malati, pasti che garantiscono una alimentazione sufficiente ed adeguata qualitativamente ai criterii di non dare ai malati stessi cibi comunque nocivi.

L'Intrito, che in un'altra pubblicazione (*Il segreto per dimagrare*, Taranto, L. 2.00) ha dimostrata la sua speciale capacità nel formulare tabelle alimentari, ne ha preparato per i nefritici varii tipi tali da adattarsi a tutti i gusti, a tutte le abitudini e nello stesso tempo da non stancare l'infermo con una inutile uniformità.

DR.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(762) *Sulla cura della cefalea luetica.* — All'abbonato G. C., abb. 3558:

Nei casi ribelli di cefalea luetica, specialmente in quelli, che sono poi i più frequenti, in cui si ha a che fare in realtà con dolori esterni aventi la loro origine nel sistema osseo o nel periostio, si ricorra alle iniezioni di calomelano, oppure al neo-salvarsan per via endovenosa a dosi crescenti (30-45-60-60 ctgr.: una iniezione ogni otto o dieci giorni) previo esame negativo del fondo oculare e delle urine.

Non crederei egualmente consigliabile quest'ultimo metodo di cura se la cefalea fosse l'esponente di una lesione, sia pure soltanto all'inizio, dei vasi cerebrali (il che non può stabilirsi se non dopo un accurato esame clinico del malato) data la nota azione vasodilatatrice degli arsenobenzoli, ed in tal caso mi atterrei alle iniezioni endomuscolari di calomelano e di salicilato di mercurio.

Nei casi in cui si deve pensare a nevralgie dei rami del V° paio o dei nervi sotto-occipitali si può anche tentare il cianuro di mercurio che da molti è ritenuto come specialmente efficace contro le nevralgie di origine luetica.

Sulle cefalee luetiche cfr. FOURNIER: *Traité de la Syphilis*, vol. I°, parte IIª, pag. 565 - Rueff editore, Parigi, 1906.

V. MONTESANO.

(763) *Passaggio di medicinali nel latte.* — L'abbonato 3224 chiede se ad una donna lattante sia possibile di praticare delle iniezioni di composti arsenicali, anche dei migliori e meno tossici, senza che il neonato risenta l'effetto dell'arsenico.

Ammesso da alcuni, negato poi da altri, sembra attualmente in modo indubbio dimostrato il passaggio dell'arsenico nel latte, a simiglianza di quanto si verifica per la morfina, l'atropina, la chinina, il cloroformio, lo iodio, il mercurio, il salicilato di soda, il cloralio, ecc. Brouardel e Pouchet hanno difatti constatato che l'arsenico si elimina per il latte in quantità notevole e che un bambino può essere intossicato dal latte della nutrice quando essa prenda preparazioni arsenicali.

CIUFFINI.

(764) *A proposito della storia dell'ovariectomia.* — Nel n. 49 del 1916, al n. 742 della stessa rubrica, è un cenno storico su questa operazione.

Poichè è quasi obliato, e a torto, mi permetto di ricordare che essa è tracciata magistralmente in un lavoro di Costanzo Mazzoni, *Una visita agli ospedali di Londra nell'estate 1868*, pubblicato negli «Archivi di Medicina, Chirurgia ed Igiene», anno I, Roma, 1869 (lettera 1ª). G. BILANCIONI.

Sullo stesso argomento il dott. Filippo Marinelli da Cologna ci scrive per rilevare che il prof. Emiliani di Faenza eseguì, primo in Italia e secondo nel mondo, l'atto operativo nel 1812, con esito felicissimo: notizia consegnata in una pubblicazione del prof. Peruzzi di Lugo sull'ovariectomia, edita verso il 1870.

(765) Prego indicarmi nella posta degli abbonati un manuale pratico per l'estrazione dei denti.

Dr. Intaglietta

In tutti i trattati di odontoiatria operativa viene in generale descritta in modo esauriente la tecnica dell'estrazione dei denti.

Può consultare: V. CACCIA: *Malattie della bocca e dei denti,* Unione tipografico-editrice Torinese; A. CHIAVARO: *Elementi di Odontoiatria e di protesi mascellare e facciale,* in commercio per L. 10: «Il Policlinico» lo spedisce ai suoi abbonati per sole L. 6 franco di porto; G. R. METNITZ: *Trattato di Odontojatria*, traduzione italiana dei D.ri A. e L. Coulliaux, Edit. Fr. Vallardi - Milano; PREISWERK-MAGGI: *Atlante e Compendio di Chirurgia Odonto-Stomatologica,* trad. ital. del Dr. G. Marin, Soc. Editrice Libraria - Milano. Il Prof. L. COULLIAUX di Milano pubblicò nel 1892 nel «Giornale di Corrispondenza pei Dentisti» una monografia di 52 pagine con figure: *Avulsione dei denti;* non so però se essa è stata messa in commercio.

A. CHIAVARO.

(766) L'abbonato 2246 chiede di volergli indicare delle opere recenti, in italiano o in francese, che trattino della febbre tifoide.

Possiamo consigliare:

1° *Ileotifo* di BROUARDEL e THOINOT. Trad. italiana. Ed. Unione tipogr. Torinese, L. 4;

2° *Le malattie infettive* di ROGER. Trad. italiana. Ed. Unione tipogr. Torinese, 2 volumi di pag. 1682, L. 45. Az.

VARIA.

La Germania migliora il trattamento dei prigionieri?

Da rapporti inviati dall'Ambasciatore degli Stati Uniti risulterebbe che le condizioni dei prigionieri di guerra in Germania siano alquanto migliorate. È ben noto il trattamento che i tedeschi facevano ai prigionieri e specialmente agli inglesi, che essi considerano i loro più veri nemici, coloro che hanno infranto il loro sogno paranoico di dominazione universale. La descrizione degli orrori che si verificavano nei campi di concentrazione, dove le malattie decimavano i prigionieri, costituisce un documento di codardia, di incapacità e di brutalità. Il nome di Gardelegen, uno di tali campi, rimarrà ad eternare la memoria dell'infamia teutonica.

Il personale addetto al governo dei prigionieri era scarsissimo e tutti, comprese le donne, dimostravano più che indifferenza, compiacimento per le innarrabili sofferenze di quei poveri soldati. Le cose migliorarono alquanto quando ad assistere i prigionieri delle rispettive nazionalità furono inviati medici francesi, inglesi e russi. Oltre a ciò altri provvedimenti più umani sono stati presi. E pare che un tale mutamento nelle disposizioni dei tedeschi sia stato determinato dalla cattura di numerosi soldati della Guardia Prussiana fatta dagli inglesi sulla Somme. Attualmente, scrive C. Curtin, un giornalista americano, al *Times,* si sono istituiti in Germania degli eccellenti campi per prigionieri. Egli visitò Soltau, una vera grande città costruita a pochi chilometri da Berlino e che ora ne ospita 31,000, di cui 200 inglesi. Questi però sono sempre i peggio trattati. Di essi il Governo si serve a scopo di propaganda bellica, per aizzare sempre più il livore della popolazione contro la perfida Albione. Tuttavia ci sono anche altri prigionieri sottoposti alle più dure crudeltà. È stata pubblicata una circolare del ministro della guerra germanico relativa ai prigionieri internati nei così detti campi di rappressaglia nella Polonia russa ed in Curlandia. Il documento, che è datato Berlino 25 aprile 1916, prescrive che i prigionieri *devono* essere alloggiati in baracche o in tende; la provvista di acqua e di sapone deve essere insufficiente; il confinamento deve essere il più stretto che sia possibile; ogni rapporto con la popolazione civile deve essere inibito; i prigionieri devono lavorare nove ore al giorno senza intervalli di riposo; il loro nutrimento deve essere esclusivamente vegetale; non devono avere altre bevande che acqua; la

vendita di leccornie e di frutta è proibita; la più piccola inosservanza deve essere punita con la soppressione dell'alimento giornaliero. Se questi sono i miglioramenti bisogna supporre che prima vi fosse un orribile inverosimile. Per i predicatori della *kultur* non c'è male! Non essendoci riusciti con l'aggressione i tedeschi mirano all'annientamento degli avversari e tentano riuscirvi riversando nei paesi nemici a guerra finita gente avariata dalle sofferenze e dalle privazioni.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione.

Dott. GIORGIO BENASSI. *Il medico pratico e la chirurgia di guerra.* Un vol. in-8° di pag. 190. N. Zanichelli ed. Bologna. Prezzo lire cinque.

Errerebbe chi credesse questo libro uno dei soliti manualetti pubblicati fin dal principio della guerra allo scopo di insegnare una quantità di cose che la dolorosa esperienza successiva ha dovuto modificare. È questo invece un libro veramente vissuto, che dalla considerazione degli errori e dallo studio delle diverse correnti d'opinioni, che sono state messe duramente alla prova, trae i più efficaci ammaestramenti per il futuro. Il problema della disinfezione nelle ferite in guerra; le cause, complicazioni e cure di tali ferite, vengono ampiamente trattati con intenti essenzialmente pratici, e con uno stile vivace, che toglie ogni monotonia ad argomenti talvolta aridi.

FIL.

I. ABADIE. *Les blessures de l'abdomen.* L. 4.00. Collection Horizon. Masson et C.ie ed., Parigi.

Il trattamento delle ferite dell'addome è stato uno dei problemi che più ha preoccupato i medici militari durante questa guerra. L'A. che ha avuta la opportunità di trovarsi in tutte le zone del servizio sanitario dell'esercito ha avuto modo di rendersi conto della efficacia dei varî metodi adoperati ed in questo libro egli espone chiaramente e con criterî didattici gli insegnamenti della sua esperienza personale. Egli affronta il problema dal punto di vista della dottrina, della organizzazione e della tecnica. Per ogni caso egli dà la indicazione del trattamento curativo, riescendo di una utilità pratica veramente non comune. Numerose figure aumentano la chiarezza del testo.

a. a.

M.me ATHANASIA BENISTY. *Les formes cliniques des lésions des nerfs.* L. 4.000. Ed. Masson et C., Parigi.

In forma chiara e precisa in questo libro sono descritte le conseguenze cliniche delle lesioni dei varî tranchi nervosi. Costituisce una guida presso che indispensabile per i medici militari non specializzati nella materia. Essi apprenderanno rapidamente a riconoscere i territorî nervosi compromessi, l'evoluzione delle varie forme cliniche; saranno in grado di fare una diagnosi esatta ed a prevedere le conseguenze delle singole lesioni. Uno speciale interesse ha la trattazione delle lesioni vasali associate a quelle nervose e della importanza delle lesioni delle vie simpatiche.

Numerose e nitide figure contribuiscono a rendere ancora più chiaro il testo. Il libro è onorato di una prefazione di Pierre Marie che mette in rilievo la importanza pratica della materia trattata ed il modo mirabile col quale l'autrice è riescita nello scopo.

DR.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Nella Croce Rossa Italiana. — Il Presidente della Croce Rossa Italiana, d'accordo col Direttore generale e la Commissione centrale, ha ordinato che tutto il personale direttivo e d'assistenza in servizio attivo subisse una visita sanitaria di controllo per l'accertamento alla idoneità per il personale delle unità territoriali.

Un ufficiale medico superiore della Sanità militare fa parte di ciascuna Commissione presieduta da un colonnello medico della C. R. I. e da un capitano commissario segretario. Gli illustri colonnelli prof. Morini, Ferrari e Postempski sono i presidenti rispettivamente per l'Italia Settentrionale, Centrale e Meridionale.

I criteri delle visite sono rigidi e severi e ne danno affidamento l'alto senso di equità dei componenti le Commissioni stesse. Ai lavori poi delle suddette Commissioni viene data attuazione pratica dagli Uffici Personale e Mobilitazione diretti da due infaticabili ufficiali: maggiore cav. Ludovici e capitano cav. Trifogli.

Questi uffici infatti hanno iniziato da vario tempo la sostituzione del personale direttivo che trovasi da molte tempo in zona di guerra, con elementi nuovi e giovani.

Tali disposizioni valgono a mettere in buona luce l'opera patriottica della C. R. I., che si uniforma ai criterî del Ministero della Guerra e della Sanità militare.

I medici inscritti negli Ordini Provinciali. — Nell'ultimo numero del « Bollettino dell'Ordine dei Medici della Provincia di Genova » (n. 9-916) è consegnata un'interessante statistica, che in parte riproduciamo.

Negli Ordini dei Medici figurano complessivamente 22927 inscritti. L'Ordine più numeroso è quello di Napoli con 1652 medici; seguono in linea decrescente Roma (1381), Milano (1224), Torino (1133) e Genova (1018). Un numero di gran lunga inferiore hanno Firenze (658), Bologna (575), Palermo (551), Lecce (529), Bari (501), Catanzaro (484), Caserta (468), Novara (434), Salerno (422), Cosenza (407), Alessandria (404). Un numero d'iscritti inferiore a 400 hanno le Provincie di Padova (372), Potenza (367), Catanzaro (352), Perugia (348), Pavia (346), Brescia (345), Messina (316), Foggia (301). Un numero di medici inferiore a 100 hanno le Provincie di Rovigo (95), Belluno (70), Grosseto (61) e Sondrio (56).

Calcolando a 35 milioni la popolazione dell'Italia, si avrebbe un medico ogni 1525 abitanti. Ma è notorio che i medici sono dal punto di vista numerico, assai irregolarmente distribuiti; e la proporzione numerica tra essi e la popolazione varia moltissimo dalla città alla campagna. — Ad es., a Milano città esercitano 933 medici con una proporzione di un medico ogni 642 abitanti; mentre in Milano provincia esercitano 391 medici con una proporzione di un medico ogni 2886 abitanti. Queste cifre si riferscono naturalmente a tempi normali: e trovano una facile spiegazione nelle diverse modalità con cui l'assistenza sanitaria si esplica nelle città, ricche di ospedali, di cliniche, di laboratori scientifici, ecc., ecc., e nelle campagne, dove essa si impersona non raramente nel solo medico condotto. Resta ad ogni modo dimostrato che in Italia, senza esservi una vera pletora di medici, ve ne è un numero sufficiente a garantire l'assistenza sanitaria ed igienica più completa, sopratutto dovendosi tener conto del numero non indifferente di medici (medici militari, addetti alla Amministrazione Sanitaria centrale e Provinciale, medici della R. Marina, ecc.), che le attuali disposizioni legislative e regolamentari dispensano dall'obbligo della iscrizione negli albi provinciali.

(*Avv. San.*).

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6652) *Pensioni - Pagamento di contributi durante il servizio militare.* — Dott. Iris. — Il servizio prestato dagli inscritti alla Cassa di previdenza per la pensione dei sanitarii già chiamati sotto le armi o chiamati durante la guerra nell'esercito, anche se non continuano a percepire stipendio dagli enti presso i quali prestavano servizio è riconosciuto utile agli effetti della misura della pensione sempre quando i sanitarii, a mezzo degli enti medesimi dichiarino di continuare a versare i relativi contributi alla Cassa. Gli enti che anticipano alla Cassa pensioni i contribuiti dei sanitarii hanno diritto di rivalersene sugli stipendii od assegni attuali o futuri del sanitario o di ottenerne il rimborso dalla Cassa sulle corrispondenti pensioni od indennità che venissero liquidate. Essendo di età anziana può essere dal Ministero della Guerra sostituito nell'attuale servizio da medici di età più giovane a mente di quanto dispone il D. L. del 12 novembre 1916,

n. 1529. Il trasferimento si esegue per disposizione del Ministero predetto e sarebbe molto più facile se Ella nel Comune ove prestava servizio di ufficiale sanitario fosse stato temporaneamente sostituito da collega appartenente alle classi dal 1884 in poi ed esonerato come indispensabile al regolare andamento del servizio civile.

(6653) *Il valore dello interinato nel computo del sessennio.* — Dott. Prof. O. C. da G. — Il computo degli anni di servizio utili per l'acquisto del sessennio decorrono dal giorno della nomina conseguita in base al concorso, non potendosi calcolare gli anni precedenti durante i quali si è prestata la propria opera con diversa qualifica e diverso stipendio.

(6654) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. D. S. da Z. di G. — Nel caso in cui il medico condotto richiamato presti prima servizio militare come soldato e poi venga nominato ufficiale, ha diritto pel tempo durante il quale fu semplice soldato all'intiero stipendio del Comune e dalla data del Decreto di nomina ad ufficiale ai due mesi di stipendio intero e poscia alla differenza fra lo stipendio militare e quello civile. Tale massima è stabilita dall'articolo 25 delle norme emanate dal Ministero del Tesoro per il trattamento degli impiegati richiamati sotto le armi. In detto articolo è detto: « Nel caso in cui il trattamento economico è diverso a seconda della categoria a cui appartiene il militare, il passaggio dall'una all'altra categoria importa il trattamento economico della categoria cui il militare ha fatto passaggio ».

(6656) *Sessennii.* — Dott. T. D. C. da P. — Se nel capitolato è stabilito che il medico condotto ha diritto ad aumenti periodici sessennali conveniamo pienamente che il Comune concedendole il lieve aumento di stipendio in lire 350, che era del resto dovuto per l'aumentato numero di poveri inclusi nell'elenco, non poteva in esso assorbire tanto il sessennio già scaduto quanto quello che deve scadere fra altri sei anni. Con ciò ha violato un patto contrattuale e Le ha arrecato un danno se non presente, certamente futuro. L'aumento dello stipendio avrebbe dovuto essere concesso su quello già accresciuto per effetto del sessennio maturatosi il 1° gennaio decorso ed il nuovo periodo pel secondo sessennio avrebbe dovuto cominciare a decorrere dalla data della deliberazione di aumento. Impugni la deliberazione relativa presso l'autorità tutoria affinchè questa, conscia dei fatti, neghi la propria sanzione.

(6657) *Revoca degli esoneri già concessi ai medici condotti.* — Dott. S. S. da A. — Appartenendo alla classe 1886 deve essere mobilitato. Nè può ottenere altro esonero essendo stati questi tutti revocati per i medici nati negli anni dal 1884 in poi. Ai medici interini non è fatto il trattamento economico che spetta ai soli titolari delle condotte.

(6658) *Indennità di cavalcatura.* — Dott. P. R. da D. — Non si ha diritto ad esigere dal Comune la indennità di cavalcatura. La cavalcatura non ha, infatti, più ragione di esistere dal momento che il medico, per trovarsi sotto le armi, non può usarla nell'interesse del più spedito andamento del servizio, ragione questa per cui fu unicamente concessa.

(6659) *Pensioni.* — Dott. L. C. da C. del G. — Lo Stato ha provveduto a regolare il servizio delle pensioni pei medici condotti chiamati sotto le armi con il D. L. del 7 febbraio 1916, n. 221. Un medico che è già inscritto alla Cassa Pensioni in qualità di medico condotto supplendo un collega richiamato non può usufruire di doppia pensione nè cumulare il relativo periodo di servizio ancorchè abbia, nel frattempo, pagato doppio contributo. La pensione che potrebbe ottenersi per servizio comunale, con 50 anni di età e 25 di servizio come medico condotto si liquida l'annua pensione di L. 799. Il medico della riserva può essere chiamato in servizio attivo ma con ciò non perde la sua qualifica di medico inscritto nei ruoli della riserva.

(6660) *Sessennii.* — Dott. C. S. da P. — Sempre quando non esista regolamento speciale pel servizio sanitario o disposizione contraria nel relativo capitolato, anche al medico condotto è applicabile il regolamento in vigore nel Comune per tutti gli impiegati e salariati. Ora se questo regolamento prescrive la concessione di tre sessenni consecutivi a tutti i dipendenti dalla amministrazione, è naturale che a detti aumenti anche il medico condotto abbia diritto. E se a Lei fu concesso in 23 anni di servizio solamente uno degli aumenti prestabiliti, ha diritto di ottenerne altri due. Produca formale istanza al Consiglio Comunale ed in caso di esito negativo può adire l'autorità giudiziaria competente giacchè nel caso non tratterebbesi di un interesse ma di un vero diritto violato.

(6661) *Medico consorziale - Dimissioni - Epoca del preavviso.* — Dott. G. P. da G. — Dal momento che nella convenzione con cui fu istituito il consorzio sanitario non è stabilito quanto tempo prima il sanitario che intenda abbandonare il servizio, debba rassegnare le proprie dimissioni, vuol dire che queste possono essere rassegnate sempre che si voglia. Il medico non potrà, però, abbandonare il servizio che quando le rassegnate dimissioni sa-

ranno state accettate dalla rappresentanza consorziale. In tal caso si lascia pienamente libera la propria attività professionale; libertà che avrebbe potuto trovare ostacoli solo in contrarie disposizioni eventualmente contenute nel capitolato.

(6662) *Tassa focatico.* — Dott. A. Z. da C. — Il Comune nello imporle la tassa focatico di lire 400, ora ridotta a lire 350, non ha inteso colpire direttamente il maggior reddito professionale di cui Ella usufruiva come medico assimilato nel locale ospedale militare di riserva, ma bensì di colpire l'agiatezza della famiglia; agiatezza che si desume dal cumulo e dal coacervo di tutti i varii redditi ad entrate derivanti dall'esplicamento della attività professionale del sanitario. Ella, quindi, più di ogni altro deve essere il giudice circa l'equità della tassazione subita. Che se Ella la ritenga eccessiva, produca ricorso alla G. P. A. allegando quei documenti che meglio può per dimostrare che la tassazione in parola è superiore a quella che corrisponde all'ammontare dei redditi che effettivamente percepisce.

(6663) *Sessennii - Pensioni.* — Dott. abbonato 4294. — Per effetto dell'aumento di stipendio ottenuto nel 1915 restò interrotto il periodo sessennale iniziatosi nel 1911. Dal 1915 cominciò a decorrerne un altro che avrà termine col 1921 nel quale anno liquiderà il sessennio in base allo stipendio di lire 3500. Il periodo utile per ottenere l'aumento sessennale decorre anche durante il servizio militare. Potrà liquidare la pensione nel 1936 con 54 anni di età. Liquiderà lire 893. Il periodo di interinato non vale che per affrettare l'acquisto del diritto a pensione. Il servizio militare è calcolato, a' termini del D. L. del 7 febbraio 1916, n. 221.

(6664) *Pensioni - Aspettativa.* — Dott. abbonato 3789. — L'anno di aspettativa senza stipendio che Ella ha ottenuto dal Comune non è calcolato come utile agli effetti della pensione perchè a' termini dell'articolo 19 del testo unico approvato con R. Decreto 2 gennaio 1913, n. 453, è calcolato il solo servizio prestato con nomina regolare in un posto legalmente istituito *con percezione di stipendio* e pagamento di contributi.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. T. V., Zona di Guerra:

Per titoli non può esser promosso capitano perchè vi ostano i soli 11 anni di laurea che conta, mentre è prescritto che per tale nomina sia presentato il certificato di *15 anni di esercizio professionale.*

Per anzianità poi, trovandosi in zona di guerra, concorrerà alla promozione insieme ai tenenti medici effettivi, senza che ci sia bisogno di tener conto del tempo trascorso da che presta servizio.

Però i tenenti effettivi sono stati finora promossi al grado superiore con l'anzianità della metà di gennaio 1915, mentre il collega ha l'anzianità dell'aprile.

Dovrà quindi attendere ulteriori promozioni di effettivi.

All'abbonato n. 7290:

La chiamata delle classi '84 e più giovani si riferisce solo ai medici che sono nati nell'anno 1884 e posteriori, non alle classi antecedenti. Essendo il collega della classe del 1883, è escluso da tale chiamata.

Al dott. G. B. R. da V.:

Il collega può essere promosso avendo i 18 mesi di permanenza nel grado di tenente, ma la promozione sua è subordinata a quella dei tenenti effettivi che hanno la sua anzianità. Egli non deve quindi fare alcuna domanda, ma attendere la circolare con la quale il Ministero chiederà alle autorità sanitarie gli specchi di proposta dei varii ufficiali ad esse subordinati.

Al dott. U. B. da M.:

Se è stato promosso tenente medico di complemento in data 1 aprile 1912, sarebbe già stato promosso se non fosse stato dispensato dal prestare servizio.

Dopo effettuato il richiamo, l'autorità da cui dipenderà la proporrà per l'avanzamento nel senso della circolare n. 9 del G. M. 1916.

Il collega non dovrà fare nessuna domanda in proposito. L'autorità proponente potrà avanzare la proposta se lo riterrà meritevole di avanzamento anche dopo poco tempo da che avrà assunto servizio

Al dott. A. S. da T.:

L'elenco delle infermità per l'inabilità al servizio prescrive che la miopia debba essere di almeno sette diottrie in entrambi gli occhi.

Trattandosi di una miopia unilaterale che a refrazione corretta riduce il visus ad 1/6, non può parlarsi di inabilità per la quale è prescritta la riduzione visiva al disotto di 1/12. (Art. 44 e 46 dell'Elenco).

Al dott. C. C. da G.:

Se fosse chiamato dovrebbe documentare di aver più di 15 anni di esercizio professionale e non di sola laurea.

In base a tali documenti la commissione potrà nominarla capitano.

All'abbonato n. 2307:

Fino a che il collega non abbia 15 anni di esercizio professionale risultante dai relativi documenti, sarà rivestito del grado di tenente.

Al dott. B. A. A., Zona di Guerra:

Riteniamo che non Le spetti ancora la promozione a maggiore perchè i capitani effettivi promossi maggiori hanno ora l'anzianità dell'aprile 1911, mentre il collega ha quella dell'ottobre. Dovrà quindi attendere la promozione dei capitani effettivi della sua stessa anzianità. Per la stessa ragione non ha diritto neppure alla qualifica di primo capitano.

Al dott. F. L., Zona di Guerra:

Il collega ha diritto all'avanzamento insieme con gli effettivi di pari anzianità e ciò in base alla circolare 752 del dicembre 1916; ma tale promozione potrà solo aver effetto quando le autorità sanitarie superiori (che dovranno venir autorizzate dal Ministero) avanzeranno la relativa proposta.

Per ora quindi non c'è che da attendere che il Ministero emani l'ordine alle subordinate autorità di compilare gli specchi di avanzamento in base alla circolare suddetta, e ciò potrà avvenire fra qualche settimana soltanto.

All'abbonato n. 272:

L'anzianità non può esser considerata retroattivamente. Il collega ha ormai l'anzianità del 1° aprile 1916 e non può mutarla.

Per essere iscritto sul quadro di avanzamento occorrono fuori della zona di guerra 18 mesi di permanenza nel grado di tenente.

Ai dottori G. A. e V. A., Zona di Guerra:

La circolare circa l'avanzamento degli ufficiali medici di complemento in zona di guerra, in concorso con gli effettivi di pari anzianità, porta il n. 752 ed è stata pubblicata sul « Giornale Militare » del 9 dicembre 1916.

Al dott. E. P. da L.:

La circolare è la 752 del giornale militare del dicembre u. s. Però i tenenti effettivi sono stati promossi capitani sino a quelli che avevano l'anzianità del gennaio 1915. Il collega invece ha l'anzianità solo di agosto 1915. Non può quindi per ora essere promosso.

Al dott. V. S. da T.:

Potrà essere promosso soltanto quando lo saranno i capitani effettivi con anzianità eguale alla sua (1915).

Per ora sono stati promossi solo *una parte* di quelli con anzianità del 1911 e quindi, con ogni verosimiglianza, dovranno ancora trascorrere più anni prima che il collega possa venir promosso.

Al dott. A. C. da M.:

Il collega dovrà rispondere alla chiamata non ostante fosse stato congedato, trattandosi ora di un nuovo decreto che comprende indistintamente tutti i medici della classe '84 e più giovani, senza alcuna distinzione.

Sarà sottoposto a nuova visita probabilmente presso la Scuola di Firenze e colà verrà giudicata la sua idoneità o meno al servizio di guerra.

Al dott. R. V. da M. U.:

Rispondiamo in ordine alle Sue varie richieste:

a) Circolare n. 752 del Giornale Militare del dicembre 1916.

b) Gli ufficiali medici in zona di guerra concorrono con gli effettivi all'avanzamento qualunque ne sia il tempo di permanenza nel grado.

c) Le direttive della circolare 834 e non 26 sono di tener conto dei titoli accademici e soprattutto dell'esercizio professionale precedente alla chiamata, e di quello militare fatto dopo la chiamata stessa. Del resto si tratta di una lunghissima circolare che occorre leggere per intero e non si può riassumere in poche parole.

d) I vantaggi sono di poter essere nominati capitani insieme con gli effettivi di pari anzianità.

e) Gli avanzamenti sono fatti dal Ministero tenendo conto dell'età e del tempo di permanenza in zona di guerra. Nessuna domanda è ammessa.

Al dott. C. T., Zona di Guerra:

La circolare n. 752 del G. M. 1916 stabilisce che i tenenti medici di complemento, che hanno passato un certo tempo in servizio in zona di guerra (tempo non inferiore a 4 mesi), possono essere proposti all'avanzamento al grado superiore *insieme con gli ufficiali effettivi di pari anzianità.*

Attualmente i tenenti medici effettivi sono stati promossi a tutta l'anzianità del gennaio 1915. Siccome però la circolare è recentissima, dovrà certo trascorrere qualche tempo per dar luogo alla compilazione da parte dei Corpi dei relativi specchi di proposta.

Alla Direzione dei RR. SS. in A.:

Se non ha obblighi di leva, ma è ufficiale della Croce Rossa, sarà dispensato solo se l'autorità civile, da cui dipende, pel tramite della Prefettura, ne farà pervenire la proposta alla Presidenza della Croce Rossa, e ciò in analogia a quanto si fa per gli ufficiali medici dell'Esercito.

Al dott. U. B., Zona di Guerra:

Durante i 40 giorni di riposo non perde lo stipendio militare, quindi il comune è tenuto a pagare la differenza.

Al dott. G. S. da M.:

La circolare n. 445 del 14 luglio 1916 è stata ora abrogata e sostituita da quella n. 734 del 1° dicembre u. s. Occorre che il collega ne prenda visione.

Al dott. P. F. da C.:

Non spetta agli ufficiali medici richiamati alcuna indennità di prima vestizione.

Al dott. G. G. da P.:

I varî titoli che occorre presentare per la nomina ai varî gradi cui si può aver diritto sono elencati nella circolare n. 734 del G. M. dell'anno 1916.

All'abbonato n. 5664:

La circolare che si riferisce alla promozione al grado di capitano dei tenenti che hanno 18 mesi di servizio in zona territoriale porta il n. 752, « Giornale Militare » dell'anno 1916.

M. G.

L'abbonato 7117 scrive:

Laureato nel luglio 1913, nominato sottotenente medico della C. R. il 1° settembre 1914 e mobilitato fin dal 24 maggio 1915, inviato in zona di operazioni con una sezione di sanità militare sino al 22 ottobre 1915, giorno in cui fui ferito; destinato quindi, dopo visita collegiale, ai servizi territoriali, ho veduta respinta laurea ».

Ora il collega fa osservare che la circolare n. 874 del G. M. 1915 dispone che per ottenere la nomina a tenente di complemento occorrono 9 mesi di servizio effettivo, di cui 4 in zona di guerra, e chiede a chi debba rivolgersi per far validi i propri diritti: al che noi rispondiamo che purtroppo, non v'è nulla da fare, perchè caratteristica dell'istituto a cui egli appartiene si è appunto quella di non avere organi di appello.

X. B.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Bologna. — La Facoltà Medica ha deliberato di affidare l'incarico dell'insegnamento di clinica medica al prof. Luigi Silvagni.

Cagliari. — Boeri prof. Giovanni e Radaelli prof. Francesco, straordinari di patologia speciale medica e di clinica dermosifilopatica, sono promossi al grado di ordinari.

Modena. — Colombini prof. Pio, ordinario di clinica dermosifilotipatica, è nominato rettore dell'Università.

Parma. — Coronedi prof. Giusto, ordinario di materia medica e farmacologia sperimentale, è nominato Preside della Facoltà di medicina e chirurgia, per il triennio 1916-19.

Libere docenze.

Farmachidis dott. Costantino, in patologia speciale dimostrativa a Genova.

Terni dott. Tullio, in anatomia umana normale a Palermo.

Lanza dott. Riccardo, in patologia speciale medica dimostrativa a Cagliari.

Laurenti dott. Temistocle, in patologia speciale chirurgica dimostrativa a Roma.

Pastine dott. Cristoforo, in neuropatologia a Firenze.

Biondi dott. Giosuè, in clinica delle malattie mentali e nervose a Catania.

Bruzzone dott. Carlo, in otorinolaringoiatria a Genova.

Curti dott. Egisto, in medicina operatoria a Roma.

Fiorito dott. Giuseppe, in batteriologia a Napoli.

Gamna dott. Carlo, in anatomia patologica a Torino.

Lo Bianco dott. Felice, in igiene sperimentale a Palermo.

Piccillo dott. Lodovico, in oculistica a Palermo.

Schiboni dott. Luigi, in anatomia patologica a Roma.

Baccari dott. Carlo, in patologia chirurgica a Napoli.

Agazzi dott. Benedetto, in otorinolaringoiatria a Torino.

Ayala dott. Giuseppe, in clinica delle malattie mentali e nervose a Roma.

Bolaffio dott. Michele, in clinica ostetrica e ginecologia a Roma.

Ercoli dott. Ottorino, in clinica dermosifilopatica a Siena.

ALBO D'ORO.

ENCOMIO SOLENNE.

Pecol Natale, da Tramonti di Sopra (Udine), sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Coadiuvò con molto zelo il dirigente del servizio sanitario nella cura dei numerosi feriti, affluenti al posto di medicazione. — Podgora, 10 giugno 1915.

Soriano Giuseppe, da Acerra (Caserta), tenente medico complemento ospedaletto da campo. — Mentre granate nemiche cadevano nel recinto dell'ospedale destando l'allarme tra i feriti che vi erano ricoverati, diede prova di fermezza e coraggio, facendo trasportare i ricoverati in altro locale meno esposto. — Cassegliano, 20 ottobre 1915.

Ministero della Marina.

Ricompense per benemerenza della salute pubblica.

MEDAGLIA D'ARGENTO

Tenente colonnello Monaco Federico: il quale tenne dal settembre 1910 al gennaio 1912 la direzione della Casa degli emigranti a Napoli, segnalandosi nella organizzazione e nella sorveglianza sul funzionamento di quello stabilimento in relazione con la difesa del colera;

Maggiore Saccone Giovanni: ebbe e tenne con plauso per sei mesi, durante la epidemia colerica del 1910, la direzione della stazione di osservazione per emigranti istituita nel porto di Napoli a bordo del piroscafo *Marsala*, organizzandovi con felice iniziativa ed eseguendovi sistematiche ricerche di portatori.

ATTESTAZIONE DI BENEMERENZA.

Tenente colonnello Belli Carlo: diresse nell'ottobre 1910 la stazione di osservazione per emigranti istituita nel porto di Napoli, sul piroscafo *Lazio* prestando opera attiva ed efficace nei riguardi della difesa del colera, particolarmente segnalandosi nella esecuzione delle indagini batteriologiche;

Capitano Trocello Enrico: diresse il servizio sanitario a bordo dei piroscafi sui quali furono nel 1911 a scontare la osservazione, nel porto di Genova, 6500 emigranti, in confronto dei quali eseguì tutti gli esami batteriologici che occorsero.

Foglio d'ordine n. 293, 19 ottobre 1916:

Elogio ai medici, infermieri e personale civile e militarizzato di navi ospedali.

Tributo un elogio ai Direttori sanitari, medici, infermieri e personale civile militarizzato delle navi ospedali *Albaro*, *Italia* e *König Albert* che, poste a disposizione del Comando in Capo dell'Armata e del R. Esercito, hanno adempiuto in modo lodevolissimo al loro importante còmpito.

Mi compiaccio poi specialmente col Direttore tenente colonnello medico Monaco e col personale del *König Albert* per il modo col quale la nave ha funzionato da Ospedale galleggiante in Albania e per il recente salvataggio di due naufraghi di un idrovolante, salvataggio nel quale la prontissima opera del capitano medico Andruzzi è riuscita a restituire alla vita uno degli aviatori ferito e completamente asfittico.

Sia presa nota dell'encomio nelle pratiche personali del tenente colonnello Monaco e del capitano medico Andruzzi.

CONDOTTE E CONCORSI.

ROMA. — *Ministero della Marina* (*Ispettorato di Sanità*). — È aperto un concorso a titoli - fra laureati in medicina e chirurgia in una delle Università del Regno - per la nomina di 20 sottotenenti medici di complemento nella R. Marina. Le domande degli aspiranti, compilate su carta bollata da L. 1.35, con la indicazione del proprio domicilio e corredate dei prescritti documenti e dei titoli, dovranno pervenire al Ministero della Marina non oltre il 31 gennaio 1917. I titoli di carriera, la cui presentazione è facoltativa, dovranno essere debitamente legalizzati. Quegli aspiranti che presenteranno anche titoli scientifici invieranno cinque copie di ogni lavoro, avvertendo che si terrà conto soltanto di quelli originali sperimentali e di osservazione clinica pubblicati per le stampe. Della totalità dei titoli si dovrà allegare alla domanda un elenco specificativo.

Riconosciuta la regolarità dei documenti esibiti, gli aspiranti saranno informati, al rispettivo domicilio, dell'ammissione al concorso e, poi, dell'esito del concorso stesso.

Copie del decreto e del regolamento potranno essere chieste alle Direzioni degli ospedali principali militari marittimi (Spezia, Napoli, Taranto e La Maddalena), ovvero all'Ispettorato di Sanità al Ministero della Marina.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Convegno dei professori universitari.

Si è adunato negli scorsi giorni a Roma e ha discusso importanti argomenti, tra cui segnaliamo i seguenti: la partecipazione dell'università ai fini della guerra (relatore Lattes), lo scambio internazionale dei professori universitari (relatore Credaro), i danni della sospensione attuale dei concorsi universitari (relatore Viola), l'incremento delle indagini scientifiche (relatore Donaggio); si è discusso anche sulla riforma universitaria, ma si è deliberato di rimandare ogni decisione ad un futuro convegno.

Congresso medico nazionale della assistenza ai mutilati.

La Società Italiana di Ortopedia, presieduta dal prof. Galeazzi, bandisce un Congresso Nazionale, aperto a tutti i medici, sull'assistenza ai mutilati, allo scopo di raccogliere lavori e proposte intorno ai seguenti soggetti:

1° *Assistenza chirurgica ortopedica;*
2° *Fisicoterapia;*
3° *Protesi;*
4° *Rieducazione professionale;*
5° *Assistenza medico-legale.*

La sede del Congresso, dove si ricevono anche le iscrizioni e le proposte, è in Milano, presso la Clinica Ortopedica di perfezionamento (via Vicentina 10).

Un neurocomio militare a Roma.

Il 31 dicembre ebbe luogo l'inaugurazione del Neurocomio militare istituito al Gianicolo dal Comitato nazionale per gl'invalidi della guerra. Erano presenti l'on. ministro Bianchi, l'on. sottosegretario di Stato Morpurgo, le autorità, molte notabilità e numerose signore.

Parlò per primo il presidente del Comitato onorevole Federzoni, illustrando le finalità patriottiche e umanitarie dell'iniziativa e rivolgendo un particolare ringraziamento al munifico proprietario della villa, il signor V. George Wurts, ex-diplomatico degli Stati Uniti, stabilito da oltre trenta anni in Italia. Si disse lieto di annunciare che il Re, in riconoscimento del filantropico atto, ha nominato il signor Wurts Grande Ufficiale della Corona d'Italia, inviando le insegne.

Parlò poi il prof. Tamburini, dando ragione dei sistemi scientifici a cui è informata l'organizzazione del Neurocomio e lumeggiando con particolare ammirazione la provvida ed intelligente opera compiuta nell'assistenza degli invalidi dal Patronato delle signore, presieduto dalla contessa Cadorna.

Infine a nome del Governo pronunciò brevi e vibranti parole il ministro Bianchi, elogiando la nuova istituzione ed affermando che il diffondersi di queste iniziative intese al lenimento delle conseguenze della guerra assume anche una grande importanza politica, in quanto prova ai nemici e ai neutri che l'Italia così come combatte valorosamente col fiore della sua gioventù oltre le frontiere, moltiplica fiduciosamente nell'interno del paese i suoi sforzi per organizzare tutti i mezzi di resistenza morale e materiale.

Ai soldati già degenti nel Neurocomio, una ventina, furono distribuiti doni.

A giorni ne verranno ricoverati altrettanti.

Si tratta di quei casi nei quali, senza trauma psichico, ma soltanto per una diminuzione o variazione di energia nervosa, si manifestano mutismo, incapacità o insensibilità di qualche arto; tutti fenomeni transitorii, provocati da profonda impressione.

Così il Comitato «pro invalidi della guerra» ha già realizzato due punti del suo programma con la casa pro invalidi organici o definitivi dell'udito, ospitata in un braccio dell'Istituto dei sordo-muti in via Nomentana e col Nevrocomio militare di villa Wurts per gli invalidi funzionali del sistema nervoso.

Officina per apparecchi per i mutilati a Venezia.

La guerra, fra gli altri problemi, ha posto anche quello doloroso dei mutilati, e Venezia lo ha magnificamente risolto. Accanto all'Ospedale ortopedico ed alla Scuola di rieducazione professionale alla Giudecca, per iniziativa del chirurgo dott. Alessandro Zoppi e per merito dell'industriale sig. Armando Vianello, venne creata una officina per la costruzione di apparecchi ortopedici che è un vero modello del genere. Gli apparecchi che escono dall'officina ortopedica Vianello, sono dei veri capolavori, perchè vengono sempre migliorati dall'esperienza e dal consiglio del chirurgo dott. Zoppi, e lavorati con la massima perfezione.

I nostri gloriosi mutilati, mentre apprendono un mestiere, assistono anche, giorno per giorno, alla fabbricazione di quell'arto che dovrà supplire quello perduto.

A. D.

Un istituto a Parma per la rieducazione dei mutilati.

È stato aperto a Parma un Istituto Pro-Mutilati ad iniziativa del Gruppo medico per propagande mediche nella guerra, presieduto dal prof. Roncoroni, preside della Facoltà Medica Parmense.

I medici che fanno parte del Comitato, proff. A Cevidalli, A. Ferrari, A. Frassi, C. Gallenga e L. Roncoroni, vi concorreranno per la parte consultiva e curativa; al prof. F. Melocchi è affidata la Direzione dell'Istituto, il quale potrà accogliere da 250 a 300 mutilati o storpi di guerra.

Un istituto di fisiologla sociale a Mliano.

Per iniziativa del Comune di Milano, è allo studio un progetto per la costruzione di un grande Istituto di Fisiologia sociale, integrante gli Istituti di Alta Coltura.

Dell'importante progetto si occupa in special modo l'assessore Veratti.

Istituto Nazionale medico pedagogico.

È un Istituto moderno sorto a Milano per la cura e l'educazione dei fanciulli di condizione civile affetti da anomalie psichiche (deboli di mente e instabili), da anomalie o difetti della parola, da disturbi nervosi e disturbi di udito da varie cause, per cui non possono essere curati in famiglia, nè educati con metodi comuni, insieme ai fanciulli normali.

L'istituto è situato in ottima posizione, con giardino, salone per cinematografo, palestra per ginnastica comune e medico-svedese e tutto il *confort* moderno; tiene pure una *Casa di campagna*. È provvisto di un *Laboratorio di psicopedagogia emendatrice* diretto dal dott. prof. Agostino Gemelli e di un *Gabinetto otoiatrico* sotto la direzione del dott. Ugo Ambrosini. Alle sezioni di Ortofrenia e Ortofonia sono addetti i proff. P. Parise e A. Hecker. Sono consulenti dell'Istituto, oltre il Direttore del «Laboratorio Civico di Pedagogia Sperimentale di Milano» dott. prof. C. Doniselli, i professori Morselli, Marzocchi, Frigerio, Ferrari ed altri.

Sanatorio per tubercolotici.

Per il costruendo Sanatorio per tubercolotici della Provincia di Piacenza quel Consiglio Provinciale ha recentemente accordato un secondo sussidio di L. 25,000; e, su proposta del dott. Perinetti e dell'on. Bussi, ha stabilito di continuare per gli anni venturi un'annua impostazione in bilancio di altre 25,000 lire.

Esposizione di igiene infantile a Napoli.

Per cura del Brefotrofio Provinciale di Napoli si aprirà quanto prima, nei saloni dell'Ospizio, una Esposizione Permanente di Igiene infantile, in cui figureranno, in diverse sezioni, tutti gli oggetti, i prodotti, gli apparecchi, i generi, ecc., le fotografie, le pubblicazioni, ecc., che possano direttamente e indirettamente interessare l'igiene infantile, in modo che la ripetuta visita di questa Esposizione fatta dalla più umile alla più ricca madre, possa, con la conoscenza diretta di tutto ciò che riguarda la vita fisica e psichica dei bambini, creare il desiderio ed il bisogno di mutare i vecchi sistemi di allevamento e di educazione così nefasti alla esistenza delle piccole creature, in sistemi tecnici, igienico-sanitarii, con cui soltanto possono sanarsi le sorgenti della vita umana, scongiurando l'impressionante mortalità infantile che dipende in buona parte dalla ignoranza delle madri.

Istituzione di profilassi antitubercolare.

Coll'intervento di tutte le autorità della Provincia, si è inaugurata a Biassono (Monza) l'Asilo «Gigino» per la prevenzione antitubercolare.

Esso è dovuto alla illuminata beneficenza della famiglia Winderling, che volle così eternare la memoria di un suo figlio morto giovanissimo.

Nell'Asilo saranno ospitate creaturine di madri tubercolotiche che hanno il marito al fronte.

Un leprosario in Sardegna.

In un padiglione dell'Ospedale Civile di Cagliari vengono accolti e trattenuti i malati di lebbra affetti da manifestazioni presumibilmente contagiose (ulcerazioni della cute e delle mucose, presenza di bacilli di Hausen nel muco), finchè esse non siano scomparse, tutte le volte che non è possibile un sicuro e rigoroso isolamento a domicilio.

Il Prefetto della Provincia ha resa obbligatoria la denunzia della lebbra in qualunque stadio ed ha emanato le norme per l'osservazione e l'accertamento dei casi sospetti nella R. Clinica dermosifilopatica, per l'isolamento nell'apposito reparto ospedaliero, per la disinfezione delle case e degli indumenti di lebbrosi, per la sorveglianza periodica dei malati dimessi e delle famiglie dei lebbrosi, per l'allontanamento dei figli dall'ambiente familiare.

Istituto di Biologia Marina.

È stato solennemente inaugurato a Messina l'Istituto centrale di biologia marina fondato ad iniziativa del regio Comitato talassografico italiano.

La cerimonia fu presieduta dall'onorevole Leonardi-Cattolica, che in uno smagliante discorso ricorda di aver presentato nel giugno 1913 un progetto di legge a favore degli istituti scientifici del genere. Altri discorsi pronunciarono il senatore Volterra, il senatore Grassi e il rettore dell'Ateneo, quale rappresentante il ministro della pubblica istruzione.

Annuario bibliografico italiano delle scienze mediche ed affini.

È imminente la pubblicazione della prima annata, che comprenderà circa 500 pagine in 16°.

La pubblicazione è diretta dal prof. B. Gosio. Suo scopo principale è quello di portare a conoscenza di medici, chirurgi, igienisti, ingegneri sanitari, chimici, veterinari, ecc. tutto ciò che vede la luce in Italia in materia di medicina e scienze affini.

Al prof. S. De Sanctis,

che ha superato una grave e penosa malattia, facciamo gli augurii più cordiali di sollecita guarigione.

MARIOTTI.

Rassegna della stampa medica.

Annals of Surgery, lug. FOSS: Gli elementi di errore nelle diagnosi «addominali». — COLLINS e WEBER: Chirurgia della cistifellea. — ESTES: Fratture del femore.

Gl'Incurabili, 31 ag. AIEVOLI: Il nistagmo nei traumi del capo.

La Presse Méd., 7 sett. BROCA: Protesi dell'arto inferiore.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 7 sett. SOFIA: Dubbi diagnostici nella pleurite.

Paris Méd., 9 sett. QUÉNU: L'anestesia locale in chirurgia d'ambulanza, particolarmente in chirurgia cranica. — UTEAU e RICHARDOT: Simulazione dell'incontinenza notturna d'urina.

La Pediatria, sett. Lavori consacrati alle meningiti.

Riv. crit. di Clin. Med., 9 sett. BUSACCHI: Emoacidosi acuta nei bambini.

La Rif. Medica, 11 sett. PARI: Scotomi anulari da lesioni occipitali.

Annals Inst. Pasteur, ag. NICOLLE, DEBAINS e LOISCAN: Sul bacillo di Shiga.

Edinb. Med. Journ., sett. HART: Bacino cifotico.

Arch. d. Mal. du coeur, ecc., sett. FRÉDÉRICQ: Le prove dell'atropina e del nitrito d'amile nella diagnosi delle bradicardie.

The Boston Med. a. Surg. Journal, 24 ag. Numero consacrato all'igiene mentale.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 14 sett. N. CASTELLINO: Leucemia emocitoblastica.

La Presse Méd., 11 sett. MARFAU: I vomiti periodici con acetonemia dell'infanzia. — 14 sett. LERICHE: Trattamento delle fratture da proiettili d'artiglieria.

La Rif. Med., 18 sett. ROSSI: Le piccole febbri e le febbri nervose.

Paris. Méd., 16 sett. FIESSINGER e MORAOUD: Le ferite gangrenose trattate col metodo Carrel-Dallier. — BERTEIN: Inutilità e pericoli del drenaggio tubulare in chirurgia di guerra avanzata. — PHOCAS: Sull'estrazione dei proiettili.

Giorn. di Med. Mil., 31 lug. CAMERA: Sulle ferite da schegge di granata, di bombe e da proiettili scoppianti in genere. — 30 ag. PERUSSIA e NOLI: Localizzazione radiologica dei corpi estranei.

Annali di Clin. Med., I-II. PIAZZA: Lesioni anatomiche nell'anafilassi. — EPIFANIO: Gangrena polmonare guarita col pneumotorace artificiale.

The Boston Med. a. Surg. Journal., 31 ag. LYON: Punti di contatto tra tubercolosi e sifilide.

The Journal Am. Med. Ass., 26 ag. ESTMAN: Deformazioni congenite e disfunzionalismo dell'ileo terminale e del colon. — GUTHRIE: Indicazioni della colecistectomia. — ROSENOW: Localizzazioni elettive dei batteri nelle malattie del sistema nervoso.

19 ag. HILL: Il cloroformio nel primo stadio del travaglio. — DURAND: Dieta e stato dei denti.

2 sett. MINOT e a.: La splenectomia nelle anemie perniciose. — THOMPSON: Sul trattamento iperintensivo della sifilide.

Bull. Johns Hopkins Hosp., sett. GREY: Localizzazione dei tumori cerebellari.

The Americ. Journ. Med. Sciences, sett. NEAL e DUBOIS: *La diagnosi della poliomielite.* — CRAIG: Ferite dei nervi periferici in guerra. — ROTSCHILD: Dietetica dell'ipercolesterinemia nella colelitiasi.

Archives of Radiol. a. Electrother., sett. MACLEOD: Sulla radiografia della cistifellea.

The Lancet, 16 sett. WRIGHT: Sul trattamento delle ferite in guerra. — GWYN: Sull'ittero epidemico.

Brit. Med. Journal. 16 sett. SMITH e MATTHEWS: Infezione da Lamblia.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 17 sett. SABAGHI: La profilassi delle enteroptosi occulte.

Revue Neurolog., lug. MONTIER: Turbe labirintiche nei commozionati e feriti del cranio. — LORTAT-JACOB e SÉZARY: Malattia di Thomsen.

Med. Record, 2 sett. FISCHBEIN: Classificazione delle epilessie.

Surg., Gyn. a. Obst., sett. STONE: Le alterazioni pre-cancerose dell'utero. — BOLOIS: Il calore nel trattamento del cancro dell'utero. — BOVÉE: Il passato, il presente e l'avvenire della ginecologia, dell'ostetricia e della chirurgia addominale.

The Lancet, 23 sett.: BONARD: Il luargol nella sifilide.

Riv. crit. di Clin. med., 23 sett. MIGNACCA: Localizzazione radiologica dei corpi estranei.

Il Cesalpino, 1 sett. PROSPERI: Varicocele da sforzo?

Riv. Ospedaliera, 15 sett. MARCHIAFAVA: Sulla morte improvvisa nella sifilide del cuore e dell'aorta.

The British Med. Journal, 25 sett. STOKES e RYLE: Sul morbo di Weil.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 21 sett. PAVESI: Esame radiologico del fegato e delle vie biliari.

La Presse Méd., 25 sett. ABADIE: Sulle ferite penetranti del cranio in chirurgia di guerra.

Riv. di Med. Leg., ag. CIAMPOLINI: Ossificazione ligamentosa o tendinea del ginocchio, esito di trauma.

La Stomatologia, ag. PIPERNO: Legatura dentaria metallica intermascellare d'urgenza in alcune fratture della mandibola.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 24 sett. MARAGLIANO V.: L'elettro vibratore del Bergonié nella ricerca dei proiettili magnetici.

28 sett. SOFIA: Tubercolosi dell'epididimo guarita con la cura alla Durante.

Paris Méd., 23 sett. ALBERT-WEIL: Radioterapia delle adenoiditi tubercolari periferiche. — CALVE e GALLAND: Nuovo metodo d'innesto osseo nella pseudartrosi.

La Riforma Med., 25 sett. VIGNOLO-LUTATI: Sindrome addisoniana in una forma incompleta di malattia di Recklinghausen.

Giorn. It. d. Mal. Ven. e d. Pelle, 20 sett. MARIOTTI: Superinfezione e reinfezione sifilitica. — ROSELLINI: La malattia piocianica. — SANZI: La depilazione con i raggi X.

Riv. crit. di Clin. Med., 30 sett. CIAMPOLINI: Infezione malarica e «causa violenta».

La Presse Méd., 28 sett. BRULÉ, JAVILLIER e BAECKEROOT: Gl'itteri da acido picrico.

La Medic. Prat., 30 sett. MARIOTTI: Superinfezione e reinfezione sifilitica.

The Boston Med. a. Surg. Journal, 7 sett. BUCK: I disturbi circolatori degli obesi.

Bull. d. Sc. Med., sett. BELLI: La profilassi e la cura della febbre cerebro-spinale (meningite cerebro-spinale epidemica).

Annali dello Istituto Maragliano, 4. MARABOTTO: L'azione del siero surreno-tossico nella produzione dell'ateroma adrenalinico.

Tre Journal Amer. Med. Assoc., 16 sett. MOOREHEAD. Le infezioni croniche della bocca. — IRONS. Infezioni dentali e malattie generali.

The Boston Med. a. Surg. Journal, 14 sett. REED, KILGLORE: L'uso dell'emetina. — 21 sett. RICHARDSON: I ratti e la diffusione della paralisi infantile.
Medical Record, 16 sett. NICHOLS. L'eliminazione del calore del corpo.
The Lancet, 30 sett. GOABY. La storia naturale delle ferite settiche.
Rivista Ospedal., 30 sett. POSTEMPSKI, SAIROZZI: Sulla cura delle ferite di guerra.
Pathologica, 1 ott. SEGALE: Sulla temperatura del focolaio infiammatorio acuto.
España Medica, 1 ott. SAINZ DE AJA: Evoluzioni anormali della sifilide.
The Journ. of Trop. Med. a. Hyg., 2 ott. MARSHALL. Streptococchi equini e bovini causa d'infezioni umane.
The Practitioner, ott. COLLIE: Incontinenza simulata d'urina. — WATSON: Il giudizio chirurgico.
La Pediatria, ott. BORRINO: Il ricambio dell'acqua nel lattante.
Paris Méd., 7 ott. Numero sulla valutazione delle incapacità e sulle riforme nel servizio militare.
British Med. Journal, 7 ott. THOMAS: Le amputazioni d'urgenza in chirurgia militare. — STEWART: L'infestazione da ascaridi.
La Riforma Med., 9 ott. FERRANNINI e FICHERA: Azione delle tossine della fatica sull'apparecchio circolatorio. — CAUTIERO: Ferite in guerra.
Arch. di Farmac. sperim. ecc., 15 ott. BAGLIONI: Analisi funzionale dei centri corticali mediante la stimolazione chimica.
Riv. crit. di Clin. Med., 7 ott. MAURIZI: L'importanza del sistema nervoso nella diagnosi precoce della tubercolosi.
Edinburgh Med. Journal, ott. DAWSON: L'istologia della sclerosi disseminata.
Arch. d. Sc. Med., 31 ag. MICHELI e QUARELLI: Vaccinazione simultanea antitifica ed anticolerica per via endovenosa.
Med. Record, 23 sett. SALOMON: La delimitazione clinica dell'isteria.
The Journal Amer. Med. Assoc., 23 sett. PAYNE e MAC NIDER: Le ematurie asintomatiche. — FOSTER: I tipi dell'uremia.
La Radiologia Med., sett.-ott. SARACENI: Tipo unico di pasto opaco. — ROSSI: Proiettile di fucile nel cuore.
Bull. de l'Ac. de Méd., 10 ott. MARTIN e PETTIT: Spiroctetosi ittero-emorragica in Francia.
España Med., 10 ott. PRAST: Gastropatie nervose.
Le Bull. Méd., 14 ott. BONNETTE: Il pericolo «fecale» ed «urinario» al fronte.
Quaderni di Psichiatria, sett.-ott. MORSELLI: L'emozione in neurologia di guerra. — BOSCHI e BENNATI: L'anafilassi neuropsicologica.
Paris Méd., 14 ott. SCHWARTZ: La chirurgia di guerra nelle ambulanze al fronte.
Arch. d. Mal. de l'App. digestif ecc., 2. ROGER: La glicuronuria nelle affezioni epatiche. — GOIFFON: La narcolessia digestiva.
Annales de l'Inst. Pasteur, sett. NICOLLE e BLAIZOT: Siero antiesantematico.
British Med. Journal, 14 ott. GOODALL, RAMEY: Misura dell'efficienza miocardica. — LEWISE: Sul cuore irritabile dei soldati.
La Clin. Ostetr., 15 ott. ISIDORI: Sieroterapia antidifterica.
Proc. R. Soc. of Med., lug. WEINTERY: Sulla gangrena gassosa. — SHATTOK: Etiologia traumatica dell'appendicite. — MCKENZIE: La fisioterapia dei militari convalescenti.
The Journal Amer. Med. Ass., 30 sett. GINSBURG, TUMPOROWSKY e HAMBURGER: Interpretazione del dolore gastrico nell'ulcera rotonda. — STONE: Riduzione dei carboidrati nell'iperacidità gastrica. — RINFORD e C.: Problemi di medicina d'assicurazione.

Il fascicolo 1 (1° gennaio 1917) della nostra «Sezione medica», contiene:

I. Prof. PUBLIO CIUFFINI: Studio clinico sulla evoluzione della tabe.

II. Prof. RINALDO MARCHESINI: Sulla natura e sulla funzione delle cellule eosinofile.

Tale fascicolo verrà spedito fra pochi giorni.

Ringraziamo tutti quei gentili abbonati che ci hanno mandato gli auguri pel nuovo anno. - Ricambiamo cordialmente gli auguri, estendendoli a tutti i nostri cortesi lettori.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXIV. Roma, 14 gennaio 1917 Fasc. 3.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

QUESTIONI DEL GIORNO.

OSPEDALE CIVILE E MILITARE
IN MIRANDOLA - MODENA

Sul trattamento delle ferite settiche.

Dott. LUIGI SILVESTRINI.
libero docente in patologia chirurgica
chirurgo-direttore.

(*A proposito della Comunicazione fatta alla Società medico chirurgica di Bologna nell'adunanza scientifica del 28 aprile 1916 dal professore G. Ruggi, Direttore della Clinica chirurgica della R. Università di Bologna*) (1).

La controversia tra fautori della medicatura asettica e quella antisettica nella cura delle ferite pareva da qualche tempo sopita, quando l'attuale immane conflitto, col numero spaventoso di vittime, ne ha risollevato le traccie, mostrandone tutta l'importanza e l'attualità; e nuovi seguaci dell'una o dell'altra tendenza sono sorti, nel tempo stesso che nuove argomentazioni d'indole teorica e pratica si sono aggiunte alle molte già esistenti.

Durante il primo periodo della guerra i singoli chirurghi si sono comportati secondo tendenze fatte più di consuetudine o d'origine scolastica che di convincimenti propri o di pratica vera, sicchè molte opinioni in proposito si sono andate modificando, mentre che la letteratura chirurgica di guerra si è andata arricchendo di sempre nuovi dati preziosi d'indole eminentemente pratica.

Tale controversia si è maggiormente accentuata nel Regno Unito della Gran Bretagna, ove le due tendenze fanno capo a due nomi illustri nel campo medico: A. Wright, fautore convinto della medicatura asettica, che affida alle sole forze naturali dell'organismo il compito di combattere e vincere l'infezione; e W. Chejne che si richiama all'uso prevalente degli antisettici, come ai soli che, date le forze insufficienti dell'organismo, possono e debbono debellare il processo infettivo.

Certamente la questione è molto complessa ed il terreno molto arduo, giacchè, quando dal campo teorico e sperimentale si passa a quello pratico, si incontrano certe difficoltà, sotto un

(1) Pubblicata nel n. 35 del 27 agosto 1916 del *Policlinico*, Sezione pratica.

punto di vista rigido, direi quasi, insormontabili, data la mancanza di un termine assoluto di confronto che è il più sicuro controllo e la migliore garanzia di un giudizio sereno ed equanime in favore dell'uno piuttosto che dell'altro indirizzo.

Comunque però sia la cosa, non è mio proposito l'occuparmi al momento presente della vessata questione, di fronte alla quale io mi permetto soltanto di dichiarare come, a mio modo di vedere, non convenga essere troppo assoluti nell'atteggiamento, nè troppo dogmatici nelle affermazioni, data la complessità e diversità del campo in cui noi siamo invitati a svolgere la nostra attività; bensì è mio intendimento di volere esporre alcune mie vedute in merito alle direttive enunciate in una dotta conferenza dall'illustre Direttore della Clinica chirurgica della R. Università di Bologna, Prof. Ruggi, il quale, a mio parere, rappresenta, quasi direi, l'ala estrema di quella tendenza che vuole affidato integralmente ed in modo esclusivo alle forza dell'organismo il compito della difesa contro l'invasione infettiva.

È alle ferite settiche in modo speciale a cui l'illustre chirurgo si riferisce nella suddetta Comunicazione e precisamente al loro trattamento in secondo tempo, quello cioè a cui vengono sottoposte ordinariamente nei nostri Ospedali Territoriali e che giustamente ha caratteri diversi e distinti da quello che dev'essere il trattamento in primo tempo e nelle formazioni sanitarie di prima linea.

Adunque il Prof. Ruggi, partendo dal principio che *« il soggetto guarisce in base alle proprie forze e ben poco per l'azione dei medicamenti che possono venire applicati sulla parte infetta »*, ritiene che dovere principale del chirurgo nel trattamento delle ferite settiche sia precisamente quello *« di rispettare e di favorire, per quanto è possibile, il complesso lavorio biologico che si svolge nei tessuti »* e di astenersi quindi da qualsiasi atto che possa in qualche modo ostacolare questo delicatissimo lavorio della natura medicatrice.

Perciò sbrigliamento ed ampia apertura delle cavità formatesi, loro drenaggio accurato, in guisa di evitare l'accumulo di pus, quindi immobilizzazione di tutta la parte malata e dell'arto colpito, infine medicazione rara e solo quando i sintomi clinici (elevazione della temperatura, dolore, emorragia) ne dànno l'indicazione.

Le premesse enunciate dall'illustre Clinico, teoricamente considerate, sono impeccabili ed io ritengo che tutti potremmo sottoscriverle integralmente; ma quando dal campo teorico passiamo a quello pratico vediamo subito il difetto sostanziale e, direi quasi, una certa contraddizione latente, giacchè mentre egli afferma la necessità che i secreti della ferita abbiano uno scolo continuo e completo, all'atto pratico egli propugna un metodo di comportamento che non è il più adatto a raggiungere lo scopo e che anzi costituisce di per sè il maggior ostacolo al conseguimento del fine suddetto.

Riandiamo brevemente al lavorio biologico che si compie nel nostro organismo in seguito ad una ferita infetta. Si ha innanzi tutto una reazione sia da parte delle forze locali, come da quelle dell'intero organismo: è una lotta che ha lo scopo di fare abortire od almeno di limitare l'infezione e nella quale talvolta soccombono i microrganismi patogeni, mentre altre volte i germi stessi o per la loro virulenza o moltiplicità o per speciali condizioni di diminuita resistenza organica del soggetto o per altra causa insita nel mezzo stesso ledente, hanno la prevalenza, ed allora si stabilisce un'infezione che, a seconda del grado, può diffondersi all'intero organismo o solo limitarsi alla parte colpita. Quando questo ultimo caso si avvera, si stabilisce attorno al focolaio di infezione una zona di limitazione, quasi come una barriera difensiva con cui l'organismo, che non ha potuto dominare completamente l'infezione, tende a localizzarla ed a limitarla, sia per meglio combatterla, sia anche per premunirsi contro una ulteriore diffusione generale. Naturalmente non esiste in pratica un limite netto nei diversi gradi dell'infezione, giacchè il focolaio, per quanto circoscritto, rimane in stretto rapporto coll'intero organismo, sia pel fatto della circolazione sanguigna e linfatica, come per la stessa continuità del focolaio coi tessuti sani circostanti. Però fino ad un certo punto è lecito parlare di infezione generale e di infezione semplicemente locale, dai caratteri predominanti che acquista l'infezione stessa.

Limitandoci pel momento ai casi d'infezione locale, conviene tenere presente il duplice scopo del processo biologico che si compie nei tessuti circostanti al focolaio di infezione: quello cioè di difesa contro una diffusione generale e di offesa contro il nemico arrestato nella sua invasione, ma pur sempre presente e vigile. Ora questo secondo compito della natura protettrice si svolge in più modi: ora è l'azione fagocitaria dei leucociti che pel loro potere chemiotattico positivo si sentono attratti dai germi invasori, verso i quali svolgeranno poi una

lotta che deve condurre alla loro distruzione e successiva inglobazione, in ciò coadiuvati dagli stessi elementi fissi dei tessuti circostanti; ora sono i poteri battericidi del siero sanguigno che tendono a superare la minaccia sovraggiunta; ora infine è lo stesso tessuto di granulazione neoformato che, di fronte ad un agente patogeno superiore alla potenzialità offensiva dei suddetti mezzi, tende ad eliminarlo dal suo rifugio ove si è annidato. E' appunto a questo ufficio meccanico dell'organismo che viene affidato il compito di liberare la parte colpita da certe cause tossico-infettive che altrimenti non potrebbero essere vinte: ufficio che si svolge specialmente nel caso delle ferite d'arma da fuoco, in cui il corpo estraneo, col suo corredo di microrganismi patogeni, è la causa frequente delle suppurazioni; compito che evidentemente suppone l'attiva ed intelligente collaborazione del medico curante.

Perciò, precetto razionale e costante di terapia chirurgica nel trattamento delle ferite infette e specie di quelle d'arma da fuoco, è quello, non solo di favorire tutto ciò che può giovare all'azione fagocitaria dei leucociti e degli elementi fissi dei tessuti limitrofi e la secrezione delle sostanze battericide, ma bensì di facilitare il lavorio di eliminazione che solo parzialmente si compie dalla natura e che viene riserbato in gran parte all'arte del chirurgo.

Ora, come si compie questo lavorio biologico a traverso il trattamento suggerito dal Professore Ruggi? A mio modo di vedere, nella maniera la più imperfetta ed oserei dire nociva all'organismo ed al processo locale di difesa e di riparazione.

Vediamo un momento quale valore pratico può avere il metodo suddetto. L'applicazione di drenaggi, sia pure dopo di avere convenientemente sbrigliato, e di strati di garza idrofila, quindi di cotone pure idrofilo ed in ultimo del bendaggio necessario, se protratta oltre un certo limite di tempo, finisce per costituire un ambiente chiuso (specie quando si suole circondare le compresse di garza con uno strato di guttaperca laminata), precisamente analogo a quello che l'illustre Clinico si propone di evitare, e che il secreto accumulatosi della ferita a lungo andare rende ancora più completo. Che valore possono avere i drenaggi applicati anche nel miglior modo possibile? Noi sappiamo quali difficoltà troviamo talvolta nel funzionamento di drenaggi in ferite asettiche, sia pel fatto della loro situazione o per il bendaggio eccessivo, sia per la insufficiente azione capillare del drenaggio stesso. Ora, tali difficoltà aumentano in modo notevole nel caso di ferite settiche, sia perchè all'infuori della parte liquida il drenaggio non può assorbire nulla de numerosi elementi solidi che dovrebbero essere eliminati, sia perchè il drenaggio dopo un breve tempo non assorbe più nemmeno la parte sierosa del secreto, a cagione della calotta che dagli elementi corpuscolati del secreto della ferita si viene formando attorno all'estremità profonda del drenaggio, la cui azione capillare viene in tal modo ostacolata; sicchè il drenaggio stesso a non lungo andare finisce per costituire il più delle volte un corpo estraneo, la cui proprietà asettica primitiva non ha alcun vantaggio. In secondo luogo il pus accumulatosi per deficiente o addirittura mancante assorbimento, costituisce di per sè e coi prodotti del suo disfacimento altrettante cause tossiche ed un terreno propizio per un ulteriore sviluppo di germi, cosicchè i poteri difensivi dell'organismo, a cui sopra accennammo, finiscono o per venire ostacolati nella loro produzione o, nella migliore delle ipotesi, neutralizzati dai nuovi veleni. Non conviene infatti dimenticare che gli stomi, attraverso i quali i leucociti vengono chemiottati ed i secreti sierosi eliminati, costituiscono altrettante porte d'ingresso attraverso cui i prodotti di disfacimento dei leucociti, come pure quelli della ferita, possono venire assorbiti con danno per l'organismo tanto più grave quanto più prolungata diviene la permanenza del pus nelle ferite.

Chi dire poi della facilità dello sviluppo in un simile ambiente di anaerobi sia facoltativi che obbligatori? Minaccia questa ben superiore al beneficio che se ne può trarre per un'azione antagonista degli anaerobi sui germi stessi della suppurazione.

Nè credo di grande efficacia pratica la sterilizzazione delle parti circostanti la ferita con alcool denaturato o tintura di iodio, per prevenire un ulteriore sviluppo di germi; nè di valore reale l'ipotesi, su cui pare il Prof. Ruggi faccia largo assegnamento, che cioè la permanenza del pus nella ferita conduca alla distruzione dei germi patogeni nei loro prodotti di disfacimento, molto più che un'eventuale scomparsa dei germi non significa la soppressione o la rimozione del materiale tossico del focolaio di suppurazione. Inoltre è provato che la semplice apertura del focolaio purulento determina, indipendentemente dalla rimozione della causa prima che lo ha prodotto, una diminuzione sensibile nella secrezione del pus stesso, sia che ciò lo si debba attribuire ad una sottrazione numerica degli agenti tossici ov-

vero ad uno stimolo di quei poteri difensivi a cui per analogia accennava lo Chejne nelle sue conferenze Harveiane nel 1899 a proposito della guarigione operativa delle tubercolosi peritoneali. Analogamente, la rinnovazione relativamente frequente della medicatura non può a meno di determinare una diminuzione della secrezione purulenta e quindi una più sollecita guarigione della ferita. E tanto ciò è vero, che la cura ideale di tali ferite, per quanto praticamente impossibile o per lo meno difficilissima, sarebbe il bagno permanente in acqua sterile corrente, in modo da eliminare costantemente i prodotti di secrezione e di disfacimento della ferita, senza per altro ostacolare lo sviluppo delle forze naturali di difesa dell'organismo.

Il Prof. Ruggi insiste nel fatto che «*il cambio della garza in contatto diretto coi tessuti scoperti, lo spostamento e la rimozione o la rinnovazione dei drenaggi, la correzione della loro posizione, ecc., non è di per sè un'atto innocuo*». Ora tale inconveniente, più che al fatto della medicatura stessa, si deve attribuire al modo improprio con cui essa viene condotta, cosa che è possibile evitare. E a questo proposito anzi l'illustre Professore avrebbe tutta la ragione d'insistere nel propugnare la necessità che anche la medicatura più semplice venga eseguita da personale competente e nell'insegnare il modo più conveniente per evitare qualsiasi azione traumatizzante locale.

È vero che talvolta si osservano delle elevazioni termiche in seguito ad una medicatura, ma ciò avviene quasi sempre in seguito a medicature malfatte od affrettate, mentre sono molto più frequenti i rialzi termici in conseguenza di mancata o ritardata medicazione.

Egli ci avverte, è vero, che in seguito a tali rialzi termici egli si induce a rinnovare la medicatura; ma il fatto della elevazione termica è un indizio non sempre razionale e sufficiente: innanzi tutto perchè l'elevazione termica significa già l'entrata in circolo di sostanze tossiche che altrimenti avrebbero potuto essere eliminate; in secondo luogo perchè noi osserviamo talvolta anche estese suppurazioni senza rialzi di temperatura, specialmente quando si tratta di piogeni comuni attenuati.

Il dolore è un sintomo troppo vago e soggettivo perchè ci possa servire di norma pratica ed anche perchè a lungo andare tale criterio può serbarci delle tristi sorprese, quando cioè, la mancanza di dolore non significa assenza di lesioni gravi, bensì insensibilità della parte lesa.

Il Prof. Ruggi parla del rinnovamento della medicatura provocato da emorragie: il caso delle ferite in guerra è precisamente l'esempio più tipico delle conseguenze a cui possono condurre le ferite largamente suppuranti ed in cui non si sia avuto cura di rimuovere continuamente il secreto. Chi non ricorda nella sua pratica qualche caso di emorragia secondaria dovuta alla suppurazione della ferita? Si dirà che l'emorragia sarebbe venuta ugualmente, anche con la rinnovazione più frequente della medicatura. Innanzi tutto ciò è discutibile, giacchè una revisione più frequente ed opportuna della ferita l'avrebbe potuta prevenire; in secondo luogo non devesi disconoscere l'azione tanto più irritante e talvolta macerante che può esercitare sugli stessi vasi sanguigni il pus quanto più a lungo permane nella ferita; donde la necessità di sorvegliare attentamente e con relativa frequenza l'andamento di una ferita suppurata per evitare il pericolo della emorragia e con esso della penetrazione in circolo di emboli micotici e quello più grave di un dissanguamento mortale.

Altro inconveniente si aggiunge, a mio modo di vedere, col metodo della medicatura rara: l'irritazione dapprima e poi la macerazione dei tegumenti circostanti alla ferita; fatto questo che non deve essere tenuto in lieve considerazione, specie nel periodo acuto dell'infezione (che, a giudizio del Prof. Ruggi, sarebbe il più adatto pel metodo della medicatura rara) in cui i processi alterativi ed essudativi prevalgono sui processi riparatori; non sono essi i tegumenti così alterati altrettante porte d'ingresso dell'infezione presente?

Si aggiunga inoltre la necessità di sorvegliare attentamente la ferita: noi vediamo talvolta che il pus diminuisce, il dolore non è più così vivo e per fortuna non si hanno a deplorare emorragie; eppure la ferita non si chiude; che significa ciò? Evidentemente non si tratta che della permanenza entro la ferita di un corpo estraneo (proiettile o scheggia o frammenti di vestito o terriccio, ecc) che necessita rimuovere assolutamente, se si vuole la guarigione della ferita (1). Ed allora come rendersi conto di tale possibilità senza una revisione periodica della ferita stessa? Ammenochè non si voglia ammettere la assoluta innocuità della permanenza del pus in una ferita, cosa patologica-

(1) Verità questa assiomatica che tutti avranno avuto modo di constatare e che io oltre che nella pratica della guerra attuale, ebbi modo di rilevare durante la guerra libica. (Dott. L. SILVESTRINI: *Le vicende sanitarie e la chirurgia di guerra a bordo della Nave Ospedale* «Re d'Italia» *durante la guerra libica*. Genova, 1914.

mente insostenibile e praticamente errata. Si consiglia per evitare l'inconveniente suddetto di sbrigliare la ferita in primo tempo: ma ciò può farsi solo entro certi limiti e colle dovute precauzioni, giacchè nessuno può disconoscere i pericoli di tale procedimento; come nessuno in primo tempo può trarre dai nostri sussidi d'indagine chirurgica la certezza assoluta di avere liberato l'organismo da ogni causa diretta o indiretta di infezione.

All'atto pratico infine, un simile comportamento nella medicatura delle ferite settiche, continuato per un certo tempo ed esteso ad un numero considerevole di individui, non può non riuscire nocivo ai pazienti stessi e quasi direi incompatibile colle esigenze del servizio sanitario. Ci si imagini per un momento una corsia d'ospedale dove siano ricoverati un discreto numero di simili infermi: da un lato l'aria viziata e l'impossibilità di una adeguata pulizia; dall'altro la necessità per parte degli infermi della permanenza costante, anzi dell'immobilità nei propri letti, coll'odore sgradevole dei secreti della ferita, collo spettacolo uniforme e poco lieto dei compagni di sventura ..... un complesso insomma di cose che non sono certo le più adatte per un luogo di cura ed anche di conforto, quale deve essere un ospedale moderno.

È molto dubbio inoltre che col metodo Ruggi si possa ottenere una grande economia di personale medico e di assistenza, dato pure che si possa ottenere di materiale di medicazione: la sola minaccia di una emorragia che può riuscire mortale, non può non esigere una sorveglianza attiva e continua ed un servizio pronto ed appropriato.

Un consiglio sul quale il Prof. Ruggi insiste, è quello di immobilizzare la parte malata, anzi tutto l'arto colpito. Che il riposo della parte malata giovi e sia necessario fino a certi limiti, è cosa ovvia ed ammessa da tutti; ma quando si giunge, sempre in omaggio al concetto primitivo e cardinale del rispetto e della tutela del lavoro biologico dei tessuti, ad immobilizzare tutto un arto, anche per una semplice ferita che non interessi il tronco osseo, e di giovarsi perciò di apparecchi amidati ed ingessati, fenestrati o no ed a stecche gessate o ponti metallici, senza alcuna preoccupazione di eccedere o di esagerare nell'uso di questi mezzi immobilizzanti, allora non è chi non veda di quali possibili inconvenienti può essere causa un simile trattamento e quali sgradite sorprese può serbarci quel giorno in cui noi ci indurremo a liberare la parte colpita e l'arto intero di tali eccessive schiavitù. Troppo saggiamente ci ha insegnato il Volkmann, perchè di tali suggerimenti noi non dobbiamo tenere il debito conto.

Confesso che per me riesce poi inesplicabile il perchè della diversità di trattamento che il Prof. Ruggi suggerisce nelle ferite nettamente tangenziali e la giustificazione che ne adduce, come se per le profonde non sussistessero le medesime ragioni e pressochè le stesse condizioni che in quelle sconsigliano a lui un trattamento diverso. In ogni modo è notevole il fatto che almeno per le ferite tangenziali egli tenga in debito conto il pericolo della irritazione dei secreti della ferita che nel caso delle ferite profonde sembra non lo preoccupi affatto.

Ed ora venendo a compendiare il fin qui detto ed a trarne le debite conseguenze, credo di poter affermare che, mentre noi col Ruggi dobbiamo ammettere che il soggetto guarisce in base alle proprie forze e ben poco per l'azione dei medicamenti che possono venire applicati sulla parte infetta, non dobbiamo però giungere all'estrema conseguenza di lasciare a sè la parte malata (cosa lodevolissima e che anzi dobbiamo fare nel caso di ferite che guariscono sotto crosta od in cui il pus sia scomparso), pel solo timore di disturbare il lavoro biologico che si svolge nei tessuti circostanti, giacchè noi dobbiamo tenere costantemente presente che l'immobilizzazione ed il riposo curativo prolungato di una ferita settica possono dar luogo a fatti che rendano nulli i poteri difensivi od ostacolino i processi riparativi locali e costituiscano inoltre un nuovo ed anche grave pericolo per l'intero organismo.

SERVIZI SANITARI.

Sulla necessità di una razionale costituzione negli uffici d'igiene.

L'Italia vanta giustamente di essere alla testa delle altre nazioni europee nella legislazione sulla sanità pubblica. Con la serie di leggi e di regolamenti, che si iniziano dal 1888, si è disegnata e fondata una sapiente organizzazione che ha dato già prova di sè, sia nel periodo pacifico trascorso, sia durante la tremenda lotta in cui la Nazione trovasi oggi impegnata.

Se non che i progressi di organizzazione sanitaria da noi compiuti, e che abbiamo ragione di vantare, sono effettivamente circoscritti nella sfera dell'Amministrazione centrale, poichè la Direzione Generale della Sanità Pubblica pel modo come è diretta, per gli elementi di cui è composta, pei mezzi di cui dispone, lascia poco o niente da desiderare.

Essa non si è limitata al còmpito assegnatole dalla legge, di vigilare cioè che l'igiene in tutto il Regno sia uniformemente tutelata, ma seppe intervenire direttamente ed efficacemente dovunque si verificarono incidenti minacciosi alla salute della nazione. Essa è riuscita fino ad oggi nell'attuale periodo minaccioso a preservare il paese dalla diffusione delle più terribili malattie. Ciò senza ricordare l'aiuto efficace dato al risanamento generale, promuovendo ed agevolando i prestiti dello Stato per opere igieniche, nonchè l'indefessa opera di propaganda e di ausilio alla lotta contro i grandi flagelli cronici del paese.

Ma uscendo dall'orbita del Governo centrale, troviamo nell'organizzazione degli Uffici sanitari locali così gravi deficienze, che si può dire come nella sfera provinciale e comunale vi sia ancora quasi tutto da fare o da rifare.

Gli uffici provinciali per quanto diretti da igienisti di valore, sono come nel tempo della loro istituzione, pure istituzioni burocratiche, prive di ogni mezzo di controllo sperimentale, soffocate dal formalismo ed opportunismo politico delle Prefetture.

Nelle sfere comunali se si eccettuino i centri più evoluti ed economicamente prosperi, dove le Amministrazioni gareggiano nelle iniziative illuminate per il progresso dell'igiene cittadina, la maggior parte dei Comuni languisce, a cagione del silenzio e laconismo delle leggi e pel fiacco impulso delle autorità tutelari, nella più scandalosa anarchia, nel più pernicioso nichilismo.

Allo scoppiare fatale di catastrofiche epidemie, deve sempre soccorrere dove può arrivare in tempo, l'opera della Direzione Generale di Sanità. Insufficienza di educazione civile, difetto di coscienza igienica, ma anzitutto, come abbiamo detto, indeterminatezza della legge sanitaria, ammirevole e sapiente nel concetto, ma spesso evanescente nell'esecuzione, cospirano tutte insieme a mantenere la maggior parte della popolazione italiana in anacronismo colla civiltà.

Nei minori Comuni l'istituto dell'Ufficiale sanitario, così genialmente escogitato dal Bertani, è tuttora rudimentario, se non addirittura teorico o nominativo.

Ogni tentativo per dare all'ufficiale sanitario la necessaria vigoria ed indipendenza, ha finora abortito. A nulla valsero le invocazioni e le proposte concrete della classe, espressamente organizzata e radunata; essa attende sempre pazientemente dal Governo l'alba della riscossa.

Se rivolgiamo la nostra attenzione sugli Uffici d'igiene delle città maggiori, dobbiamo riconoscere che essi precorsero le riforme legislative e rappresentarono in Italia i primi albori di una igiene pubblica in azione. È noto come prima del 1888 Roma, Torino, Napoli, avevano già impiantati i loro uffici d'igiene ed assistenza sanitaria, con personale specializzato e regolamenti d'organizzazione. Erano poche unità in tutto il Regno, e per le condizioni ancora bambine della igiene pubblica, avevano un ristretto campo di attività, ma in ogni modo, essi potevano servire di modello, come primi nuclei di Sanità locale. Invece il compilatore della nuova legge, li apprezzò poco, ovvero, disegnando d'imperniare il nuovo organismo igienico del Regno nella Direzione centrale e nei Medici provinciali, li abbandonò quasi del tutto a sè medesimi.

Anche la legge del 1904, apportando invero utili ed ardite aggiunte a quella precedente, lasciò gli uffici d'igiene in condizione di istituzione facoltativa. Solo si stabilì che il capo ne dovesse essere l'ufficiale sanitario, si dichiarò questo funzionario governativo, ed eleggibile solo dal Governo per concorso, al di fuori cioè di ogni ingerenza municipale.

Buona disposizione, ma purtroppo incompleta e prematura, origine di sospetti e di conflitti, ed in alcuni Comuni gelosi di autonomia, motivo di reazione o pretesto di persecuzione. Infatti un ufficiale governativo ma pagato dal Comune, messo alla testa di uno degli uffici municipali identico agli altri, non si sa fino a qual punto dipendente od indipendente dal Segretario comunale capo, anzi padrone, dell'intera Azienda Municipale; non si sa fino a qual limite soggetto all'Assessore dell'igiene elettivo che in fondo fa

solo ciò che crede ed esercita di fatto le funzioni supreme direttive; come può quest'ufficiale sanitario ritenersi responsabile, mentre è vincolato da tutte le gerarchie municipali, e dai regolamenti interni d'amministrazione, e come può costituire la *longa manus* gagliarda del Governo per la difesa della sanità cittadina?

L'equivoca posizione del direttore comunale ed ufficiale sanitario governativo finisce presto o tardi col rendersi insostenibile; per lo più sentendosi esso abbandonato dal Governo e minacciato dal Comune, deve finire col sottomettersi al Municipio, e con ciò ad eletti ed elettori a danno della salute pubblica. Ma lasciando da parte la ibrida ed insostenibile posizione dei Capi, la stessa costituzione degli uffici è così difettosa da spiegare la scarsa loro efficacia, ad onta delle spese non indifferenti che costano agli erarii comunali.

Si scopre così il segreto come uomini di indiscusso valore scientifico, appaiano al pubblico inerti od anche incapaci a risolvere i problemi, sempre più vasti dell'igiene cittadina.

È oggidì indispensabile stabilire per legge o per regolamento l'obbligatorietà non solo, ma determinare il carattere e la costituzione degli uffici d'igiene; di cui finora il legislatore si è limitato a determinare solo chi debba esserne il Capo, nel modo anfibio che abbiamo accennato.

Come sempre accade, siamo stati già preceduti in questa riforma da qualche nazione straniera. La Francia, che fu per lungo periodo assai indietro nella legislazione sanitaria, volle con la legge 15 febbraio 1912 in gran parte modellata sulla nostra, dare agli uffici d'igiene municipali « *bureaux d'hygiène* » un carattere obbligatorio, facendone la base dell'edifizio sanitario dello Stato.

È vero che tali *bureaux* sono posti in tutto e per tutto a disposizione dei *maires* a cui spetta amministrativamente la tutela della sanità cittadina, ma è altrettanto sicuro che i medesimi hanno l'impronta di istituti del tutto autonomi, con una direzione responsabile in ogni senso, senza alcuna soggezione od incatenamento con gli uffici dell'Amministrazione Municipale.

Essi sono obbligatorî in tutte le città con più di 20 mila abitanti ed in tutte le stazioni termali, anche presso Comuni minori, cosicchè sono circa 150 città che debbono avere ed hanno un regolare e speciale organismo per la difesa della salute pubblica. Ciò non appaga ancora i voti dei competenti, che chieggono ad esempio gli uffici d'igiene in tutti i Comuni marittimi, dove vi sono abituali stazioni balnearie. Si lamenta colà la mancanza degli uffici provinciali, per una sorveglianza obbligatoria su tutti i Comuni privi di ufficio d'igiene, difetto che presso noi, almeno teoricamente, non esiste, in guisa che le lacune dell'organizzazione francese ed italiana non si sovrappongono, ed un sistema potrebbe scambievolmente completare l'altro.

Per tornare all'Italia, meno 8 o 10 città grandi, che hanno un vero ufficio d'igiene tecnicamente bene impiantato, con personale specializzato ed opportuna divisione del lavoro, in tutti gli altri Comuni non esiste affatto l'ufficio d'igiene, salvo che vogliasi dare tal nome alla camera dell'ufficiale sanitario assistito al più da un paio di vigili sanitarî. E questo privilegio della sede d'ufficio si verificherà appena in qualche centinaio di città, così che non si esagera con l'affermare che in 7000 Comuni, la vigilanza igienica si esercita, o non si esercita, da un funzionario che ha per ufficio la strada, se non lo vuole avere nella propria casa.

Un vero abisso separa riguardo all'igiene i grandi ed i piccoli centri, cosicchè in tutta la penisola, eccetto una diecina di astri di prima grandezza, le cui funzioni, organizzazione e rapporti interni con l'Amministrazione sono i più diversi e disformi, in tutto il resto dei Comuni regna buio pesto, ed inciviltà più che medioevale.

Vediamo che in occasione di epidemie, i piccoli paesi che circondano le grandi città, sono costretti a chiedere qualche aiuto al Centro più vicino, non potendo per distanza di tempo e di spazio soccorrere la provvida Direzione di Sanità.

Se in Italia, si progredì più che altrove nella proclamazione del diritto sanitario, dichiarandolo il diritto dei diritti, la *suprema lex* dei padri, ciò si deve al principio proclamato in Parlamento nel 1888, che l'igiene pubblica è funzione di Stato.

È chiaro quindi che gli uffici d'igiene, debbano perdere il carattere municipale ed assumere quello statale in modo che opportunamente concatenati, costituiscano il sistema nervoso gangliare dell'organismo sanitario, su cui si fonda la integrità fisiologica, economica e morale della Nazione.

Ma si chiede: come si potrà raggiungere, senza un grave peso economico del bilancio, e senza sovvertire tutta la difettosa, ma necessariamente emendabile, costituzione amministrativa del Regno?

Noi crediamo vi si possa pervenire quando

vi sia la ferma volontà del Governo, senza mutare le grandi linee della legislazione sanitaria e comunale vigente.

Le proposte già presentate dalla classe sanitaria, potrebbero benissimo servire di base al Governo per emanare provvedimenti di sua competenza, specialmente nel momento attuale, in cui esso dispone di poteri eccezionali.

Dovrebbe essere pertanto promulgato un atto governativo che dettasse le norme d'impianto e funzionamento degli uffici d'igiene nel Regno. Tale decreto dovrebbe determinare:

1° La istituzione obbligatoria di un Ufficio d'igiene in tutte le città capoluoghi di Provincia; oltre a questo per provvedere agli altri Comuni non aventi un proprio Ufficio d'igiene, si dovrebbero costituire uno o più Uffici consorziali obbligatorî, dei quali la sfera di competenza dovrebbe essere determinata dai Prefetti col parere dei Consigli Provinciali di Sanità. Naturalmente, gli Uffici d'igiene dei Capoluoghi, sarebbero consorziati insieme coi Comuni limitrofi e viciniori. Si impianterebbe così una rete di uffici d'igiene per tutto il Regno, ai quali raggruppandosi tutti i Comuni, si metterebbe l'intera popolazione italiana nelle stesse condizioni di esistenza riguardo alla vigilanza igienica.

2° Il carattere ed il fine statale dell'intero Ufficio, oltre quella del Capo, facendo sì che la competenza delle spese per il loro mantenimento venga ripartita in congrua misura fra Stato, Provincia e Comuni. L'azienda contabile verrebbe affidata ad apposito funzionario, scelto dagli Enti che ne hanno l'onere, ma in sottordine al Capo; mentre il controllo permanente nella sfera tecnica spetterebbe al Medico provinciale.

Il direttore di questi uffici d'igiene consorziali sarebbe sempre Ufficiale sanitario del Comune ove quelli hanno sede, mentre nei Comuni distaccati un medico condotto potrebbe essere ufficiale sanitario, secondo il primitivo concetto del Bertani. Questi ufficiali sanitari distaccati sarebbero così altrettanti delegati del direttore dell'ufficio d'igiene consorziale, in modo che la vigilanza costante sopraluogo e l'unicità d'indirizzo venga assicurata.

3° Che sia obbligatoriamente richiesto dalle autorità amministrative il parere o la collaborazione dell'Ufficio d'igiene in qualunque provvedimento sanitario o per qualsiasi servizio anche facoltativo che riguardi la pubblica igiene o sanità: e perciò venga più specificatamente affermata la responsabilità del Capo dell'Istituto, e la nessuna ingerenza degli organi amministrativi nelle funzioni sanitarie.

4° Che gli organici e le condizioni di nomina, d'impiego e di stipendio dei funzionari tecnici addetti agli Uffici d'igiene siano stabilite con norme generali emanate dal Governo.

Avremo forse in seguito occasione di approfondire i varî punti di questo razionale programma di riforme, ma per ora occorre che il Governo si faccia una cosciente convinzione della necessità di riformare l'igiene locale integrando l'eccellente organizzazione del centro con quella alla periferia; poichè non vi ha dubbio che senza l'attività costante degli istituti sanitari locali, le più sapienti iniziative dell'ufficio massimo, sono destinate ad avere vita breve.

Sono oggidì tutti convinti che solo secondo queste linee fondamentali si possa riformare stabilmente l'igiene pubblica in Italia; si attende e si spera che l'energia illuminata del ministro Orlando metta in atto i consigli che in questo senso gli daranno gli uomini egregi del proprio Dicastero sanitario.

Roma, 3 gennaio 1917. Dott. Tito Gualdi.

Sull'organizzazione del servizio nevropsichiatrico nell'esercito.

Riceviamo e pubblichiamo:

Livorno, 8 gennaio 1917.

Ill.mo Sig. Direttore
del giornale medico «Il Policlinico».

Nell'articolo «Servizi sanitari» del suo giornale del 7 corrente, trovo che parlando dei reparti neurologici non è fatta menzione di quello diretto da me nell'Ospedale militare territoriale dei RR. Spedali Riuniti di Livorno.

Mi permetto di scriverle questo rigo per ricordarlo, ed associarmi a tutto quanto è scritto in quell'articolo in rapporto alla necessità di istituire i centri neurologici, in specie in quelli Spedali, quale è il nostro, che hanno un completo corredo di terapia fisica, radiologia e di mezzi di indagine diagnostica.

Con i più distinti saluti.

Devotissimo
Dott. Prof. G. Lumbroso
docente di neuropatologia, medico primario e neuropatologo dei RR. Spedali

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 novembre 1916.

Presidenza del prof. F. DURANTE, *presidente*.

Primi risultati della vaccinazione antitifica obbligatoria nella R. Marina.

Prof. F. RHO. — Premesso un breve parallelo sulle *mortalità per infezione tifica* fra la popolazione del Regno ed i militari di terra e di mare, nel ventennio che va dal 1888 al 1908, l'O. fa rilevare come dopo un notevole e progressivo miglioramento, si sia arrivati ad una quasi stazionarietà nel quoziente annuale. Infatti, eliminata quasi del tutto — mercè buone condutture di acqua potabile — la diffusione per via idrica ossia la propagazione epidemica della febbre tifoidea, permane una ancora elevata endemia, dovuta specialmente alle manchevolezze dell'educazione igienica del popolo; e tale endemia si ripercuote nell'ambiente militare con una mortalità che oscilla fra il 0.50 e 1 per mille, mentre negli eserciti delle nazioni più ricche e progredite si hanno cifre molto più basse.

Poichè le cause di questa endemia non sono facilmente rimovibili, eserciti e marine (seguendo l'esempio nord-americano) già si disponevano ad adottare la vaccinazione applicata nelle spedizioni coloniali aveva pure fatto buona prova; quando, scoppiata la conflagrazione europea, questo provvedimento fu preso quasi d'urgenza, per tema di quelle epidemie disastrose a cui le truppe sempre erano andate incontro nelle guerre passate. In Italia fu la marina, che fece mettere la questione sul tappeto ,e l'applicazione di questa misura profilattica, ordinata con decreto legge, fu praticamente iniziata nel febbraio 1915. Dopo 4 o 5 mesi si può dire che la massima parte dei nostri equipaggi fosse vaccinata.

L'Ispettorato di Sanità della Marina ha ora fatto raccogliere dalle dipendenti Direzioni i dati riguardanti i tifosi avuti in cura dal febbraio 1915 a tutto luglio 1916. Esclusi i casi provenienti da personale estraneo alla marina, in questi 18 mesi furono ricoverati 96 tifosi, di cui 56 infermi di infezione eberthiana e 40 di infezione paratifica. Il *quoziente di morbosità* per 1000 della forza, risulta ridotto a 0,91, mentre negli ultimi anni antecedenti alla vaccinazione aveva oscillato fra 3,72 e 4,52.

Dunque, nonostante che la vaccinazione esigesse alcuni mesi per essere estesa alla maggior parte del personale, nonostante che in principio si impigasse un vaccino piuttosto debole, la morbosità fu ridotta al quarto di quello che era prima; mentre poi la metà circa dei casi appare data da infezione paratifica, contro la quale i marinai non erano stati vaccinati. Il benefico effetto della vaccinazione è dimostrato anche dall'esigua percentuale dei decessi, che risultò ridotta a 6,25, mentre è noto come generalmente ammonti a 15-16 %.

Ultimamente i benemeriti laboratori della Direzione generale della Sanità del Regno hanno fornito un vaccino misto (Eberth + paratifo B), ma poichè anche nei casi di paratifo curati negli ospedali di marina si è riscontrato che per 1/3 sono dati da paratifo A, l'O. ritiene si debba definitivamente adottare un vaccino trivalente (Eberth + parafito B + parafito A); e qualora esista anche la minaccia del colera, converrebbe usare un tetravaccino. Come è noto, va al professore Aldo Castellani, ora maggiore medico della Riserva navale, il merito di avere per il primo prodotti, preconizzati e largamente usati questi vaccini misti.

Rimane aperta la questione della rivaccinazione, che secondo l'O. dovrebbe ripetersi dopo 18 mesi.

Il prof. GOSIO rileva l'interesse e l'importanza dei dati esposti: essi mentre incoraggiano ad estendere sempre più ed a ripetere gli innesti antitifici nella truppa, provano che i vaccini preparati dal Laboratorio batteriologico della Sanità pubblica raggiungono il voluto scopo profilattico.

In merito alle modifiche ancora presumibili di questo vaccino, l'O. si ferma a considerare l'opportunità dei vaccini misti invocati anche dal relatore.

Per siffatti vaccini, preparati già in grande misura nei Laboratori della Sanità ed in parte anche distribuiti, si è espresso il dubbio che gli scarsi quantitativi che dalle varie specie batteriche possono simultaneamente introdursi, per evitare intolleranze, non assicurino sulla validità e stabilità immunitiva, laddove colle dosi maggiori consentite dai vaccini unitari la garanzia sarebbe assai più cospicua. L'O., ponendo il quesito, augura che la pratica lo risolva a favore dei vaccini misti, coi quali si semplificherebbe di molto il servizio.

L'O. accenna poi ai notevoli attriti che si riscontrano nelle vaccinazioni delle truppe di terra, che rappresentano masse assai più urgenti, meno disciplinabili e più esposte agli imprevisti; parla degli ostacoli a cui va incontro la stessa raccolta dei dati statistici e della necessità di limitarsi allo studio rigoroso di pic-

coli gruppi, se vuol trarsi il convincimento dei grandi vantaggi ottenuti anche nell'esercito di terra. Rilevando infine i crescenti progressi di questo servizio, si augura che i perfezionamenti tecnici si estendano fino al punto da consentire la utilizzazione delle grandi cifre per combattere le incertezze e lo scetticismo che tutto dì al riguardo si debbono ancor lamentare.

Risponde il prof. Rho, dicendo come in Inghilterra ora abbiano adottato con vantaggio e con piena soddisfazione il vaccino trivalente.

A. BALDONI.

CASISTICA E TERAPIA.

La sifilide in medicina generale.

Gli ultimi trovati della scienza in rapporto all'accertamento diagnostico ed alla cura della sifilide hanno notevolmente accresciuta la importanza di questa infezione come causa di alterazioni e disturbi a carico di varii organi e sistemi. Molte affezioni, molti sintomi la cui natura, la cui causa etiologica sfuggiva, grazie ai nuovi metodi di diagnosi ora possono essere sicuramente diagnosticati e convenientemente curati.

F. Barker (*Medical Record*, 19 febbraio 1916) dà un elenco delle condizioni morbose la cui natura, prima dell'introduzione dei metodi serologici, rimaneva in genere ignorata, e che possono essere determinate dalla infezione sifilitica:

1° Febbri persistenti che non possono essere spiegate in altro modo;

2° Affezioni nervose sia organiche che funzionali a caratteri non riferibili alle ben note entità cliniche del sistema nervoso;

3° Laringiti croniche, stenosi tracheale e bronchiale, bronchiectasie, infiltrazioni o masse neoplastiche dei polmoni e della pleura;

4° Aneurismi;

5° Insufficienza aortica specie quando è accompagnata da altre lesioni valvolari;

6° Blocco del cuore ed altre aritmie;

7° Trombosi arteriose o venose;

8° Certe anemie gravi;

9° Emoglobinuria parossistica;

10° Noduli indolenti della lingua e delle tonsille;

11° Ingrossamenti del fegato e della milza;

12° Stenosi del retto;

13° Affezioni atipiche delle articolazioni e specialmente malattie a caratteri non chiari della colonna vertebrale;

14° Inspessimenti o noduli delle ossa specialmente quando sono accompagnati da dolori notturni;

15° Forme non comuni di affezioni renali;

16° Orchiti croniche o infiltrazioni nodulari dei testicoli;

17° Ripetuti aborti senza cause apparenti;

18° Parto di feti morti;

19° Disturbi del mtabolismo generale e disfunzione delle glandule endocrine.

Oltre a queste vi sono molte altre affezioni vi sono altri stati morbosi, come l'ipertensione vasale, l'apoplessia cerebrale, la nefrite cronica, alcune psicopatie, il morbo di Basedow, per i quali l'etiologia sifilitica se non costante è per lo meno molto frequente.

Dato quindi il fatto oramai indiscutibile che la infezione luetica può colpire tutti gli organi e tessuti, dando manifestazioni cliniche multiformi e non dissimili da quelle date da altre oause l'A. trova giusto l'aforisma: quando c'è dubbio ricorrere alla reazione di Wassermann; quando non c'è dubbio fare lo stesso la detta reazione.

DR.

La sifilide in chirurgia.

Le proteiformi manifestazioni della sifilide oltre che il clinico generale ed il neuropatologo interessano anche il chirurgo. È ben noto che molte di tali manifestazioni assumono l'aspetto di tumori, di fatti proliferativi e distruttivi analoghi a quelli determinati che altri processi infettivi. Ora osserva E. Martin (*Medical Record*, 19 febbraio 1916), il chirurgo è spesso chiamato a decidere sulla opportunità di un intervento operativo. Si tratta di una decisione che ha la maggiore importanza per la salute del paziente, perchè mentre le forme sifilitiche in genere sono curate radicalmente e talora rapidamente col trattamento specifico, sono invece spesso aggravate da un intervento chirurgico. Di fronte quindi ad una lesione di sospetta natura sifilitica un chirurgo deve ricorrere a tutti quei mezzi diagnostici, esami serologici e trattamento specifico, che valgono a far escludere od ammettere la infezione leutica. Sono oramai certi gli insuccessi della escissione dell'ulcera iniziale, e quindi non è il caso di insistere sulla necessità di un accertamento della natura di una lesione ulcerativa prima di accingersi ad un intervento. Finchè la lesione sifilitica primitiva è localizzata alle parti del corpo dove essa ordinariamente si manifesta, nessun dubbio prognostico o terapeutico potrebbe essere giustificato. Ma nei casi, non infrequenti del resto, nei quali l'ulcera

si sviluppa altrove, alle labbra per esempio, o al polpastrello di un dito, come talora accade ai medici, è possibile lo scambio con altre forme neoplastiche maligne.

In questi casi gli ingorghi glandulari corrispondenti vengono considerati come metastasi. Si procede così all'escissione dell'ulcera ed all'asportazione del pacchetto di glandole ingrossate senza alcun vantaggio per l'infermo, anzi con molto dànno per le inutili deformità residue dell'operazione e perchè si devia la terapia dall'indirizzo veramente efficace. È ben vero che nel periodo iniziale la reazione di Wassermann non dà risultati probativi, ma è men vero che un esame microscopico del non è men vero che un esame microscopico del fondo dell'ulcera mette in evidenza la spirochete. È questo un sussidio diagnostico che non si deve mai trascurare nei casi in quistione.

Non minori difficoltà incontrava per il passato il chirurgo per la distinzione tra gomma e tumori maligni. Per quel che riguarda i tumori ossei oggi la radiologia permette di distinguere con un certo grado di certezza la natura sifilitica, tubercolare o neoplastica del processo. Un tale sussidio diagnostico non vale però per i tumori delle parti molli. In questi casi in mancanza di dati anamnestici o di altre manifestazioni in altre parti del corpo bisogna ricorrere, quando è possibile, all'esame microscopico del tessuto neoformato, o alle reazioni di laboratorio e tener conto infine dei risultati di un intenso trattamento specifico. Al riguardo bisogna tener presente che quando questo trattamento è ben condotto un miglioramento della lesione non manca mai. Quando ogni cura antileutica riesca inefficace, ed anche quando la reazione di Wastermann permanga positivo, bisogna senz'altro intervenire chirurgicamente specie se lo sviluppo del tumore è rapido e tale da minacciare organi vitali.

Insistendo in questi casi con le cure mercuriali, arsenicali ed iodiche non si fa altro che aggravare le condizioni del paziente.

DR.

La sifilide in neurologia.

I. Collins (*Medical Record*, 19 febbraio 1916) osserva che la natura sifilitica di alcune malattie del sistema nervoso, fino a pochi anni fa ammessa solo in via di ipotesi, è stata oramai accertata in modo che non ammette più discussione. Le reazioni serologiche nel sangue e nel liquido cefalo-rachidiano, la presenza stessa dello spirochete nel tessuto del sistema nervoso centrale, e fino ad un certo punto anche il criterio terapeutico, non lasciano più alcun dubbio sulla natura sifilitica della paralisi generale, della tabe e di molte forme di endoarterite cerebrale e midollare. Ma accanto a queste forme che hanno un quadro sintomatologico caratteristico e patognomonico, ve ne sono delle altre nelle quali i sintomi presenti non sono riferibili ad alcun complesso sintomatico ben definito. Prima che la diagnostica si arricchisse dei recenti preziosi mezzi di accertamento, queste forme raramente venivano atdi il trattamento era tutt'altro che bene inditribuite alla loro vera causa, la sifilide, e quinrizzato.

Oggi di fronte a cefalee persistenti, a dolori persistenti o ricorrenti del collo, delle estremità, del tronco, di fronte a parestesie, a disordini della minzione, a paralisi oculari transitorie, ad una depressione mentale il cui momento causale ci sfugge, non si può fare a meno di pensare alla sifilide. In questi casi l'esame serologico del sangue e più ancora l'esame chimico, microscopico e serologico del liquido cefalo-rachidiano dà elementi sicuri per un'esatta diagnosi e costituisce quindi la base per un efficace indirizzo terapeutico.

Analogamente in rapporto al fatto che il virus sifilitico può attaccare l'asse cerebro-spinale nelle varie sue sezioni non raramente la sifilide può dare delle manifestazioni sintomatologiche simili a sindromi nervose, che hanno in genere una differente etiologia, e dalle quali si distinguono sopra tutto perchè cedono ordinariamente al trattamento specifico.

Può capitare infatti di osservare forme morbose, quali la sclerosi a placche, mieliti, meningiti cerebro-spinali a tipo siringomielico, atrofie muscolari, radicoliti, acroparestesie, neurastenia, forme ostinate d'insonnia, neuriti o polineuriti, accessi di epilessia, di tremori, di movimenti coreici la cui causa va ricercata unicamente nella sifilide. Si può senza tema di esagerazione affermare che di fronte a qualsiasi tipo di malattia nervosa sia organica che funzionale bisogna mettersi il problema dell'eventuale etiologia luetica.

Il problema può essere risolto con l'esame anamnestico e somatico generale del paziente, ma spesso, se non il più delle volte, tutto ciò non basta ed allora un criterio sicuro non può essere dato che dalle prove di laboratorio, senza di che in qualche raro caso l'unico criterio diagnostico è costituito dai risultati del trattamento specifico.

DR.

Il trattamento della sifilide.

I rimedi antisifilitici odierni sono il salvarsan, con i preparati consimili, il mercurio e gli joduri.

Secondo Ehrlich, l'azione del salvarsan non consiste nel provocare la formazione di anticorpi, ma si esplica direttamente sulle spirochete, per mezzo dei così detti chemocettori. Probabilmente anche il mercurio agisce nello stesso modo ed è noto, del resto, dagli esperimenti di Nichols che le spirochete della sifilide sperimentale del coniglio vengono uccise, mediante l'iniezione endovenosa di preparati mercuriali. Del resto, nonostante le asserzioni contrarie di certi autori (Nelson e Anderson) che riguardano specialmente certi sali di mercurio (salicitato), l'azione benefica di tali preparati è confermata da una lunga esperienza clinica, che risale ai tempi di Fracastoro.

Gli joduri probabilmente non agiscono come spirocheticidi; non si possono però disconoscere i buoni effetti di essi sulle gomme e sull'arterite sifilitica. Pare che la loro attività terapeutica sia dovuta alla formazione di un fermento proteolitico con azione elettiva sulle cellule rotonde della gomma e dell'essudato cellulare dell'arteria.

Il trattamento deve essere iniziato appena fatta la diagnosi. Questa, secondo Loyd Thompson (*Journ. of Am. med. Assoc.*, 2 sett. 1916) non dovrebbe porsi solo in base ai sintomi clinici, ma aiutandosi anche con la ricerca delle spirochete, e la reazione di Wassermann, eventualmente ripetuta a intervalli di due o tre giorni.

Per il trattamento col salvarsan, occorre anzitutto esaminare lo stato della funzione renale, mediante la ricerca dell'albumina, dei cilindri e con la prova della fenolsulfoneftaleina.

Nel caso di lesioni renali, occorre maggiore circospezione nell'uso del salvarsan. Nei casi generali, la dose media di questo è, secondo l'Autore, di 40 cg. in soluzione discretamente concentrata (0,1 per 10) fatta con acqua distillata di recente e sterilizzata in autoclave con tutto l'apparecchio.

Alla sera precedente l'iniezione, l'ammalato farà una cena leggera e prenderà un lassativo. Al mattino non farà colazione e dopo l'iniezione, rimarrà in un riposo relativo fino al mattino seguente, limitando pure la dieta.

Il giorno seguente si incomincieranno le iniezioni mercuriali endomuscolari, per le quali è preferibile il benzoato di mercurio. Questo si scioglie in acqua distillata con il 25 % di cloruro di sodio, nella proporzione del 2 %; si pratica dapprima qualche iniezione di ½ cmc., portandola poi a 1 cmc. quando siano ben tollerate.

Le iniezioni, praticate profondamente nella regione glutea, sono di solito quasi indolori. Però quando invece provochino gravi sofferenze, se ne faranno di endovenose, con siero mercurializzato.

Nei casi di gomma e di arteriti, si darà lo joduro di potassio a dosi rapidamente crescenti.

Quando poi si tratti di sifilide del sistema nervoso centrale, si ricorrerà alle iniezioni endorachidiane di siero salvarsanizzato o mercurializzato. Con l'aggiunta di novocaina, si elimineranno i dolori alle gambe ed alla schiena, che seguono con tanta frequenza tali iniezioni.

Oltre alla cura specifica, è molto importante badare all'igiene del paziente.

Il ricovero in ospedale è essenziale nei casi di sifilide del cuore e del sistema nervoso centrale. In ogni caso, la vita del sifilitico deve essere molto regolata, l'uso dell'alcool proibito, quello del tabacco ridotto al minimo, la funzione sessuale usata con molta parsimonia.

L'efficacia della cura negli stabilimenti idroterapici consiste sopra tutto nel soggiorno piacevole, nell'esercizio all'aria libera e simili; è però un fatto che i pazienti i quali fanno tali bagni sopportano meglio il mercurio.

La durata del trattamento varia secondo i casi: a detta dell'A., 6-8 dosi di salvarsan, una per settimana, con iniezioni giornaliere intramuscolari od endovenose di mercurio, spinte alle massime dosi sopportabili, dovrebbero bastare per una cura. Se la reazione di Wassermann rimane positiva, si intraprenderà un nuovo ciclo di iniezioni, dopo 4-6 settimane di riposo.

Nella sifilide del sistema nervoso centrale, si faranno 8-10 iniezioni endorachidiane (una ogni 7-10 giorni), alternando il siero al salvarsan con quello al mercurio, facendo anche iniezioni endomuscolari o endovenose di salvarsan e di mercurio. Se vi sono delle gomme, si darà lo joduro a dosi rapidamente crescenti.

Quando la reazione del liquido cerebro-spinale continua ad essere positiva, si riprenderà un altro ciclo di iniezioni.

Nei casi poi, in cui la reazione di Wassermann continua ad essere positiva, e non vi siano più segni evidenti di infezione, si continueranno le iniezioni mercuriali per un anno, facendole precedere da 3-4 iniezioni di salvarsan.

ini.

POSTA DEGLI ABBONATI.

767 *Alterazioni organiche dell'orecchio per effetto dei suoni.* — Al dott. V. C. da M.:

Gran parte delle ricerche in proposito si debbono a due giapponesi che hanno lavorato in Europa, Yoshii, che nella clinica di Siebenmann fu tra i primi a riconoscere le lesioni istologiche che si producono ad arte per l'azione esagerata dei suoni nel labirinto degli animali; e Toru Kato, che sotto la guida di Kreidl, studiando il riflesso acustico dei muscoli intrinseci dell'orecchio, determinò le modalità con le quali si viene a stabilire la sordità per l'azione dei suoni.

Dell'argomento si è pure occupato il Gradenigo in una lettura sulla *sordità professionale* (Atti del XVI Congr. della Soc. ital. di Otor., Roma, 1913, n. 238), che affligge gli operai che lavorano in mezzo a rumori intensi e prolungati, come i calderai e i fabbri.

Questa sordità, che non è mai completa, è legata esclusivamente a lesioni dell'apparecchio di percezione dei suoni (labirinto), mentre resta integro quello di trasmissione, dato dall'orecchio esterno e medio; le alterazioni dell'apparato di percezione riguardano soltanto la porzione cocleare e non la vestibolare del labirinto. Le lesioni si possono con esperimenti riprodurre negli animali, sottoponendoli all'azione di suoni intensi, prolungati; esse offrono carattere degenerativo piuttosto che flogistico ed hanno per sede diversi segmenti della chiocciola a seconda della tonalità dei suoni usati nell'esperienza.

Bilancioni.

768 *Sulle manifestazioni auricolari dell'isterismo.* — Al dott. V. C. da M.:

Il miglior lavoro d'insieme in Italia su questo argomento è del Gradenigo, *Sulle manifestazioni auricolari dell'isterismo* (Archivio ital. di otol., 1893-5; pubblicato poi in volume a sè dall'Unione tip. ed. di Torino). Degni di nota sono pure i seguenti: E. Coosemans, *De l'histérie auriculaire* (Rapport présenté à la Société Belge des oto-rhinolar., Bruxelles, 1898); Fleury Chavanne, *Oreille et hystérie*, Paris, Baillière, 1901; G. Calligaris, *Sullo studio della sordità verbale isterica* (Atti della Clinica Otorinol. della R. Univ. di Roma, 1905).

Bilancioni.

769 *Simulazioni di sinoviti croniche.* — L'abbonato 8201, in considerazione che vi sono individui, i quali per sottrarsi al servizio militare simulano delle sinoviti croniche anche per mezzo di sostanze irritanti, come p. e. con olio di croton, ci chiede se esistono dei reattivi speciali per riconoscere le macchie prodotte da tale olio.

Non ci consta che esistano per l'olio di croton delle reazioni caratteristiche e molto sensibili come vi sono p. e. per gli olii di cotone e di sesamo; per la sua identificazione, gli autori riportano le solite costanti usate nella determinazione degli olii, per le quali sono necessarie quantità discretamente rilevanti. Del resto l'odore, che è abbastanza tenace e caratteristico può almeno mettere sulla strada della scoperta.

Fil.

770 All'abbonato n. 2129 che desidera qualche indicazione su trattati d'igiene scolastica consigliamo: A. Lustig: *L'igiene della scuola*, F. Vallardi ed. Milano L. 7; S. Santori: *Igiene scolastica con elementi di anatomi e fisiologia*, Tip. Inn. Artero - Roma 1908, L. 7; M. Ragazzi: *Igiene della scuola e dello scolaro*, Hoepli ed. Milano, L. 3.50; Badaloni: *Igiene pedagogica*, Soc. ed. Dante Alighieri - Roma, L. 8.

Fil.

771 Al dott. E. Q. da S. S. Q., che ci chiede un trattato sull'artritismo, per desumerne dati terapeutici e di igiene alimentare, consigliamo:

1° M. de Fleury, *Bréviaire de l'Artritique*, Ed. F. Alcan, Boulevard S. Germain 108, Paris. L. 4.

2° Richardière e Sicard, *Malattie del ricambio*, Unione Tipografico-Editrice Torinese, L. 10.

3° Umber. *Malattie del ricambio*, Unione Tipografico-Editrice Torinese, in corso di pubblicazione a fascicoli.

Az.

(6600) Il giornale *España Médica* si pubblica a Madrid. Oficinas: San Marcos, 39, bajo.

L. P.

ATTI PARLAMENTARI.

Interrogazioni e interpellanze.

Segnaliamo le seguenti interrogazioni e interpellanze presentate alla Presidenza della Camera:

dell'on. Pietravalle, sulla necessità e l'urgenza di restituire all'assistenza sanitaria civile gli ufficiali medici reclutati fra le classi 1870-75 e riformati dal 1876 al 1891, i quali siano stati riconosciuti non idonei al servizio di guerra e risultino non indispensabili al funzionamento di ospedali ed uffici sanitari territoriali;

dell'on. Dore sullo stesso argomento;

dell'on. Restivo, perchè sia deferita ai medici provinciali, piuttosto che ai sindaci, la dichiarazione di indispensabilità e insostituibilità dei medici condotti richiamati alle armi, onde eliminare le passioni di parte; e perchè nei comuni ove sono più medici condotti in eguali condizioni, godano della indispensabilità quelli di classi più anziane ovvero sia stabilito un turno per il disimpegno del servizio sanitario;

dell'on. Maffi, per una migliore sistemazione dell'assistenza sanitaria;

dell'on. Bonardi, sulle deficienze della politica sanitaria;

dell'on. Brunelli, sul coordinamento del servizio medico di guerra con quello civile;

dell'on. Dello Sbarba, sulle accettazioni dei progetti compilati dalle autorità sanitarie mi-

litari e diretti ad istituire nuovi reparti ospitalieri militari territoriali necessariamente improvvisati, costosi e che sottraggono personale ai servizi sanitari in zona d'operazione, piuttosto che perfezionare ed ampliare gli ospedali territoriali di riserva già esistenti;

dell'on. Brunelli, perchè, dati i bisogni ed il carattere del servizio medico di guerra e la crescente requisizione di medici delle condotte, venga temperata l'inferiorità di trattamento fatta, nei riguardi dei gradi, alla lunga pratica professionale in confronto della libera docenza;

dell'on. Brunelli sulla circostanza che, a parità di titoli, alcuni ufficiali medici che presentarono domanda di promozione a norma delle circolari diramate, ebbero soddisfatta subito la loro richiesta, mentre altri che la presentarono contemporaneamente, la videro rinviata e sottoposta a più restrittive interpretazioni posteriormente emanate;

dell'on. Brunelli sull'inferiorità di trattamento fatto agli ufficiali medici in congedo, specie capitani, nei riguardi delle promozioni, in confronto degli ufficiali medici effettivi e di quelli civili assunti posteriormente in servizio;

dell'on. Pucci, perchè le domande per la promozione a capitano degli ufficiali medici liberi docenti, avanzate molto prima della circolare 2 dicembre, vengano prese in considerazione ed esaminate ai sensi della circolare 445;

degli on. Ollandini e Vinaj, sulle condizioni nelle quali si trovano i vecchi capitani medici di milizia territoriale e riserva in confronto ai neo-nominati dai borghesi e dagli effettivi e sull'opportunità che il tempo di effettivo servizio in detto grado passato da molti di essi già prima della guerra, sia tenuto in conto per il loro avanzamento;

dell'on. Caporali, sullo stesso argomento;

degli on. Gasparotto, Salterio, Valvassori-Peroni, Agnelli e De Capitani, per il conferimento della promozione al grado di maggiore ai medici non aventi obblighi di leva, con oltre 25 anni di laurea, che prestino servizio effettivo da oltre un anno e che ne siano meritevoli per i titoli professionali e l'attitudine dimostrata;

dell'on. Cappa sullo stesso argomento;

dell'on. Vinaj per la più sollecita promozione a maggiore dei capitani medici di milizia territoriale richiamati da oltre un anno e adibiti a molteplici servizi, non esclusi quelli di guerra;

dell'on. Restivo, sui criteri seguiti da qualche Direzione di sanità nell'applicare le disposizioni riguardanti la nomina a varî gradi degli ufficiali medici di complemento, che pur avendo i titoli stabiliti dalle disposizioni stesse, vengono giudicati in base ad informazioni, sostituendo così a criteri obbiettivi, giudizi affrettati e fallaci, e cagionando disparità di trattamento;

del sen. Lustig, perchè gli ufficiali medici della C. R. aventi obblighi di leva e idonei all'incondizionato servizio militare siano avvicendati agli ufficiali medici del R. Esercito nei servizi militari;

dell'on. Vignolo, sull'esclusione degli studenti di medicina del primo anno dalle assegnazioni alla sanità;

degli on. Amici e Valvassori-Peroni, sulla minacciata esclusione degli studenti di farmacia e di veterinaria dalle assegnazionî stesse;

dell'on. Maffi, perchè l'assegno speciale di indennità giornaliera promesso ai medici chiamati in servizio militare dal D. L. 21 aprile 1916 sia effettivamente versato con decorrenza dal primo giorno di allontanamento dei medici dalle normali occupazioni professionali e perchè ai medici stessi vengano senz'altro corrisposte le ordinarie indennità di entrata in campagna od almeno di vestiario, a seconda delle diverse designazioni di servizio;

degli on. Brunelli e Gallenga perchè si provveda ad obbligare i comuni a pagare ai loro medici richiamati la differenza fra lo stipendio militare e quello civile precedentemente goduto;

dell'on. Paparo, perchè sia portata una modificazione alla legge sui mutilati di guerra, affine di tener conto nella liquidazione delle pensioni della maggiore minorazione dei mutilati di mano o di braccio, in confronto dei mutilati di gamba e di piede;

dell'on. Gazelli, su di una maggiore larghezza nei riguardi delle visite di familiari ai militari di truppa degenti negli ospedali territoriali;

dell'on. Cavina, su alcuni inconvenienti verificatisi nei viaggi in ferrovia dei militari feriti e malati;

dell'on. De Giovanni, sugli abusi che sarebbero stati perpetrati nelle visite di rassegna all'ospedale di Catanzaro;

dell'on. Lembo, sui criteri usati nel conferimento delle ricompense ai benemeriti della salute pubblica in provincia di Bari;

dell'on. Albertelli, sulla nomina a membro del C. P. S. di Parma del capo dell'ufficio d'igiene della città, gli atti del quale devono essere sottoposti al controllo del Consiglio stesso;

dell'on. Giretti, sulla convenienza di favorire temporaneamente il consumo della saccarina, quale succedaneo economico dello zucchero in buona parte degli usi.

Alcune di queste interrogazioni non poterono essere svolte, a causa della brevissima durata dei lavori parlamentari; per la maggior parte è stata chiesta la risposta scritta: Delle risposte che più possono interessare la famiglia medica non mancheremo di far conoscere il contenuto.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6649). *Licenziamenti - Stabilità.* — Dott. abbonato n. 6930. — Nessun D. L. vieta alle pubbliche amministrazioni di licenziare impiegati durante il periodo di guerra, ancorchè provvisorii. I medici ospedalieri acquistano diritto alla stabilità dopo due anni di prova solamente quando disimpegnano servizio di condotta in luogo e vece del Comune. Stando così le cose non La consiglieremmo a ricorrere contro il provvedimento che La esonera dal servizio.

(6650). *Assegni militari e civili.* — Dott. G. P. da A. — Dal momento che le competenze militari sono superiori a quelle civili non si ha diritto di chiedere dal Comune la differenza dello stipendio.

(6667). *Esonero dal servizio militare.* — Dott. C. D. L. da M. — Le disposizioni contenuto nel D. L. 12 novembre p. p. sono molto chiare e tassative. Non ostante che alla primitiva condotta sieno stati aggiunti altri due Comuni, Ella non può ottenere altri esoneri e, restando revocati *de jure* quelli precedentemente ottenuti, deve mettersi a disposizione dell'autorità competente per essere, quando occorra, chiamato a prestar servizio nel R. Esercito.

(6668). *Trattamento economico dei volontarii.* — Dott. B .S. da M. — Il D. L. del 9 luglio 1916 con cui si disciplina il trattamento economico degli impiegati volontariamente a servizio del R. Esercito è redatto in modo da far comprendere, e secondo noi senza dubbio di sorta, che esso sia applicabile anche ai volontari che si ascrissero nel R. Esercito prima della sua pubblicazione. Esso, infatti, si applica a chi: *trovasi in servizio militare volontario e, cioè, che si trovi comunque sotto le armi senza che vi sia stato chiamato di autorità.* Anche il volontario che si ascrisse dal principio della guerra si trovava in servizio alla promulgazione del succitato Decreto è può, quindi, giustamente invocarne l'applicazione. Per lo stipendio dei primi due mesi, non vi è speciale prescrizione più breve dell'ordinaria.

(6670). *Riformati chiamati a nuova visita.* — Dott. G. N. da R. — I riformati della classe 1872, cui Ella appartiene, non sono stati ora chiamati a nuova visita.

(6671). *Pensioni - Medici sotto le armi.* — Dott. G. V. da D. M. — I medici condotti sotto le armi possono dichiarare di rimanere iscritti alla Cassa di pensione anche durante il servizio militare, il cui periodo verrebbe, perciò, ritenuto come utile all'atto della liquidazione, purchè versino i relativi contributi. Il Comune è obbligato ad anticipare il contributo stesso salvo rivalersene sullo stipendio o assegni attuali o futuri del sanitario o di ottenerne il rimborso dalla Cassa sulle corrispondenti pensioni od indennità che venissero liquidate.

(6672). *Esonero dal servizio militare - Scadenza nomina - Effetti.* — Dott. C. J. da A. A. — Allorchè avrà finito il biennio di prova, avendo già ricevuto disdetta, deve lasciare il servizio e restando *ipso facto* revocato l'esonero di cui usufruiva, deve mettersi a disposizione della autorità militare, salvo che, non potendosi su altra maniera provvedere al servizio, ottenga dal Comune di rimanere in carica come interino, nel qual caso l'esonero precedentemente ottenuto continuerebbe ad avere efficacia.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare.

Al dott. L. A., Zona di Guerra:

Non essendovi nessun altro medico condotto nel paese dove il collega aveva tale funzione, egli potrebbe essere esonerato qualora il Comune ne facesse domanda pel tramite della Prefettura, tanto più che egli è di classe ormai anziana, ha un lungo periodo di zona di guerra e più viene dai riformati.

Circa la nomina a capitano, non vi è ancora da pensarci, essendo tuttora tenenti gli effettivi con anzianità gennaio 1915.

Al dott. L. V. da R.:

Il collega ha diritto, come tutti gli ufficiali richiamati per la guerra, a due mesi di stipendio militare cumulato con due mesi dello stipendio che percepiva come medico condotto.

In seguito può optare per l'uno e per l'altro stipendio, a meno che il Comune non vi si opponga, se lo stipendio di medico condotto superasse quello di ufficiale medico.

La permanenza minima nel grado di capitano è realmente ridotta della metà per la promozione a maggiore, ma per ottenere la promozione occorre che siano anche prima stati promossi maggiori tutti i capitani effettivi di pari anzianità.

Al dott. F. C. da C.:

Se il collega aspira al grado di capitano per titoli, occorre che li presenti; la circolare 734 prescrive infatti che possono esser nominati capitani, fra gli altri, i medici o chirurgi primarii di un ospedale importante (a giudizio della Commissione competente) che abbiano conseguito il primariato in seguito a pubblico concorso e abbiano coperta tale funzione almeno per un anno.

Al dott. M. S. da C.:

Data la sua anzianità, il collega potrà essere presto inscritto nei quadri di avanzamento, ma occorre attendere per ciò la pubblicazione della consueta circolare che fissa i termini di anzianità per ogni grado per tale inscrizione.

In genere tale circolare viene pubblicata nei primi mesi di ogni anno. La sua promozione però sarà sempre subordinata a quella degli effettivi di pari anzianità.

Al dott. F. S. S. da S.:

Per ottenere la nomina al grado di tenente occorre presentare un certificato della Prefettura che testifichi i cinque anni di esercizio professionale compiuto.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Bologna. — Il prof. Silvagni Luigi è stato incaricato dell'insegnamento di clinica medica. Il valente allievo di Augusto Murri saprà fare onore al posto cui il maestro ha conferito tanto splendore.

A lui vanno i cordiali rallegramenti del nostro giornale.

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatore: Devoto prof. Luigi, direttore della Clinica delle malattie professionali presso gli Istituti clinici di perfezionamento in Milano, consulente medico del III Corpo d'armata con l'assimilazione al grado di maggiore generale medico.

Cavaliere: Pimpinelli dott. Francesco, segretario della Sezione Perugina dell'A. N. M. C., in servizio militare col grado di capitano medico.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico - chirurgo, esente obblighi militari, lunga pratica professionale, assumerebbe servizio medico interinale con probabilità di nomina definitiva in capoluogo provveduto scuole secondarie. Proposte libretto postale 315,887 fermo posta, Firenze.

NOTIZIE DIVERSE.

Ufficiali medici italiani encomiati dall'Austria.

Si ha notizia di un solenne encomio pubblicato con un ordine del giorno del Ministero della guerra austriaco in onore di due ufficiali medici italiani, i dottori Savina e Paroldi, tuttora prigionieri degli austriaci e concentrati a Mauthausen. La motivazione dell'encomio dice che i due coraggiosi medici si sono in particolar modo distinti curando ed assistendo i soldati ammalati e feriti non solo italiani ma anche austro-ungarici.

Il Ministro della guerra austriaco ha incaricato il generale comandante a Mauthausen di comunicare la notizia ai due medici encomiati, presentando ad essi le felicitazioni delle autorità militari austriache.

Le nostre perdite.

Nell'elenco da noi pubblicato nello scorso numero è stata omessa una riga recante i nomi degli studenti di medicina: 83. Solinas Pietro, 84. Spongia Lelio, 85. Stossich Bruno; inoltre sono stati inavvertitamente ripetuti i nomi del medico-chirurgo Sarravalle Cesare e del farmacista Pellagara Pietro; il totale delle perdite risulta così di 221.

Il prof. Calderini.

Per la rigida applicazione della legge sui limiti d'età dei professori universitari, l'illustre prof. G. Calderini, direttore della R. Clinica Ostetrica di Bologna, ha lasciato l'insegnamento.

Egli tenne l'ultima sua lezione il 16 dicembre, riassumendo l'opera clinica e didattica da lui fornita durante 44 anni in cui tenne la direzione delle cliniche di Parma e di Bologna.

Parlarono anche il prof. Poggi, preside della Facoltà Medica, il dott. Toschi a nome dell'Amministrazione Ospedaliera, il prof. Rezza per il personale della Clinica, ed altri.

Un vero plebiscito di stima e di affetto giunse dai colleghi di ogni parte d'Italia.

Corso d'igiene antimalarica in Sassari.

Per iniziativa del prof. Salvatore Lumbau si è tenuto un Secondo corso d'igiene antimalarica per i maestri della Provincia di Sassari. Su 137 inscritti, 93 insegnanti hanno sostenuto gli esami dinanzi alla Commissione, con ottimo esito.

I premi dell'Accademia di medicina di Parigi.

Tra i premi assegnati per il 1916 registriamo i seguenti: premio Buisson (10.500 franchi), al prof. Rappin e premio Boggio (4300 fr.) al prof. Jusset per i loro lavori sulla tubercolosi; premio Guinchard (5000 fr.) al magg. med. Morvau e all'aiutante magg. med. Malloizel per un lavoro sulla difterite; premio Laborie (5000 fr.) al prof. Tanton per un trattato sulle fratture degli arti; premio Orfila (2000 fr.) al dott. Charrier per uno studio sul tetano in guerra; premio Pannetier (3600 fr.) al dott. Weber per uno studio sulla vibrazione regionale nelle insufficienze aortiche; premio Saintour (4400 fr.) al prof. Maillard per uno studio sulla genesi delle sostanze proteiche ed uniche: premio Tarnier (3000 fr.) al prof. Chambrelent per l'insieme dei suoi lavori di ostetricia.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Tip. Failli. Luigi Pozzi, gerente responsabile.

Anno XXIV. Roma, 21 gennaio 1917 Fasc. 4.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA DELLE MALATTIE MENTALI E NERVOSE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PARMA

I riflessi profondi nella narcosi

per il prof. LUIGI RONCORONI, Direttore

Ogni funzione normale e patologica del sistema nervoso, dall'automatismo spinale alle più late associazioni psichiche, va considerata come una estrinsecazione di fenomeni riflessi. Si comprende quindi come lo studio dei riflessi vada acquistando sempre maggiore importanza.

Recentemente, nelle ferite da guerra, Babinski e Froment osservarono che, per lesioni traumatiche anche leggiere, sopratutto della radice della coscia, si possono avere esagerazioni dei riflessi tendinei del lato leso, con claudicazione. La sintomatologia può parer sospetta di simulazione; ma alla narcosi cloroformica appare che l'esagerazione dei riflessi permane e si aggrava dal lato leso, mentre dal lato sano i riflessi si attenuano e scompaiono. Ciò dimostra il carattere organico del processo che esagera elettivamente i riflessi tendinei dal lato ammalato. Queste paralisi riflesse hanno, secondo i sopradetti autori, i seguenti caratteri: Presenza di disturbi vasomotori e termici; esaltazione dell'eccitabilità meccanica dei muscoli e dei nervi; modificazioni quantitative dell'eccitabilità elettrica, con ipereccitabilità od ipoeccitabilità senza R. D.; ipotonia, talora ipertonia; disturbi trofici muscolari, cutanei, osteo-articolari, talora con decalcificazione; contratture che resistono alla compressione colla fascia di Esmarch e agli anestetici generali; modificazioni delle contratture, ma per lo più non completa scomparsa durante la narcosi; atrofia muscolare; disturbi della sensibilità; stato psichico abnorme. Le contratture cedono alla narcosi profonda, ma riappaiono quando il riflesso congiuntivale è ancora abolito e non si hanno ancora manifestatazioni di coscienza. I riflessi dal lato ammalato (rotulei, achillei, cubito-pronatore) in piena narcosi rimangono o divengono esagerati, oppure nella narcosi, cercando di vincere la contrattura in flessione, si determina un movimento di retrazione dell'arto. Notevole è il fatto che in questi casi si tratta di disturbi della motilità molto tenaci e quindi a prognosi riservata.

Io ho pensato di studiare quale fosse il modo di comportarsi dei riflessi profondi sotto narcosi

cloroformica non nelle lesioni periferiche, come nei casi studiati da Babinski e Froment, ma nei casi di lesione cerebrale (corticale o sottocorticale) e delle vie piramidali. Ho potuto finora studiare a questo riguardo 8 casi riferentisi a lesione corticale e sottocorticale dell'encefalo con manifesta esagerazione dei riflessi profondi dal lato leso e per lo più anche, come suole avvenire, dall'altro lato.

Comunicai alcuni di questi casi nelle sedute della Società Medica di Parma del 12 Maggio 1916.

In tutti i casi studiati ho veduto che l'esagerazione dei riflessi allo stato di veglia si mantiene anche nella narcosi, almeno dal lato leso.

Come esempio, riporto qui, tra i casi studiati, i dati riferentisi ad uno di essi. Certamente in ogni singolo caso si notano particolarità non prive di interesse, ma il fatto essenziale è in tutti costante.

C. A. di Fontevivo, anni 56. L'anamnesi famigliare e personale non presenta nulla di notevole salvo che il paziente era da tempo (che non si è potuto precisare) colpito da convulsioni coi caratteri delle forme epilettiche. Due anni fa fu colpito da emiplegia destra, con afasia motrice. Non era sifilitico (Wassermann negativa) nè alcoolista. Obbiettivamente notasi un leggiero grado di contrattura nell'arto superiore e nell'inferiore di destra, coi caratteri soliti della contrattura in flessione nell'arto superiore ed in estensione nell'inferiore di destra; le pupille miotiche, uguali, reagiscono alla luce e all'accomodazione; andatura tipica, elicopode, dell'emiplegico; lingua tremula e leggermente deviata a destra; le sensibilità tattile, dolorifica e termica diminuite a destra, con diminuizione anche del senso stereognostico; normale per pressione e caratteri chimici il liquido cefalo rachidiano; spiccata ateromasia delle temporali; accentuato il secondo tono aortico; leggier grado di afasia motrice mentre è conservata la comprensione del significato delle parole; spiccate le sincinesie globali, il segno di Strümpell, quello della flessione combinata della coscia e del bacino e il segno di Grasset; evidente il Babinski; normale il riflesso corneale; scarsi i riflessi addominali e cremasterici; esagerati i riflessi rotulei ed achillei; evidentissimi i riflessi del tricipite bracchiale, del radiale e di pronazione; manca il fenomeno di Oppenheim; retto e vescica normali; spiccata eccitabilità meccanica dei muscoli; diminuizione della eccitabilità elettrica dei muscoli colla corrente continua e colla faradica, al lato normale e più al lato leso. Alla cloroformizzazione si notò scomparsa dei riflessi corneali, addominali, cremasterici, plantari, del radiale, del tricipite bracchiale; il riflesso di pronazione persisteva nella narcosi, ma meno evidente; il riflesso rotuleo era scomparso a sinistra, ma permaneva esagerato a destra, con clono dell'arto.

Nei casi da me studiati, il riflesso rotuleo è sempre presente nella narcosi; i riflessi superficiali scompaiono costantemente; gli altri riflessi profondi hanno un modo di comportarsi diverso da caso a caso; alle volte scompaiono, altre volte permangono; ma in ogni modo si ha sempre la permanenza sotto narcosi almeno del riflesso rotuleo; in 6 casi il riflesso rotuleo apparve esagerato; in 2 conservato, ma non molto spiccato; una volta il riflesso rotuleo permase evidente anche dal lato sano; in 1 caso si potè dimostrare sotto narcosi l'esistenza anche del riflesso radiale e di quello del tricipite bracchiale; in uno del clono del piede; in due la permanenza del riflesso di pronazione.

Si può quindi concludere che nei casi finora esaminati di lesione cerebrale (corticale o sottocorticale) si ha nella narcosi permanenza e per lo più esagerazione del riflesso rotuleo del lato leso e scomparsa o raramente diminuzione del riflesso rotuleo del lato sano, insieme alla scomparsa frequente degli altri riflessi profondi e costante dei riflessi superficiali.

Il fatto sembra importante anche dal punto di vista pratico per la diagnosi differenziale delle forme di deficienza motrice senza lesione organica (in particolare dell'isterismo) e dei casi di simulazione.

Evidente è l'importanza del fatto per la patogenesi delle alterazioni dei riflessi. Normalmente i riflessi spinali dipendono dal tono spinale, che a sua volta è legato oltre che alle condizioni intrinseche dei centri riflessi stessi, anche a condizioni estrinseche dipendenti: 1° dagli stimoli che al centro riflesso provengono dalle superfici di senso e per mezzo delle azioni dinamogene dei segmenti superiori del sistema nervoso; 2° Dalle azioni inibitrici che affluiscono al centro dalla corteccia, dai gangli centrali e dal tronco del cervello. La presenza di stimoli abnormi, sopratutto se prolungati, aumenta il tono spinale e d'altra parte una diminuizione od una scomparsa delle azioni inibitrici ha per risultato l'aumento del tono; questo può raggiungere un grado tale che la narcosi non sia sufficiente ad inibire l'azione riflessa spinale. Comprendiamo così come lesioni periferiche le quali, senza interrompere la conduzione alle vie di senso e di moto, determinano uno stimolo abnorme alle vie di senso, provochino colla loro sommazione un aumento del tono spinale forse anche accompagnato da lesioni secondarie di segmenti più alti del sistema nervoso, e che un aumento del tono si abbia pure in casi di lesioni cerebrali e delle vie piramidali, così energico da permettere la permanenza dei riflessi profondi anche nella narcosi. Questa anzi, togliendo del tutto ogni inibizione corticale, rende più manifesto l'ipertono riflesso spinale.

In un'altra serie di ricerche cliniche ho trovato una

conferma a questo concetto nel modo di comportarsi del fenomeno di Lasègue nella narcosi.

Il segno di Lasègue può essere considerato, come ogni altra manifestazione funzionale del sistema nervoso, come un fenomeno riflesso: esso appartiene alla categoria dei riflessi di coordinazione, che si distinguono dai più semplici riflessi spinali per la maggior complessità del fenomeno e probabilmente anche per la diversa base anatomica. Estendendo la gamba sulla coscia si provoca contemporaneamente una contrazione ed in casi patologici una contrattura dei muscoli estensori della coscia sul bacino, così che, flettendo a gamba estesa la coscia sul bacino, si deve vincere la contrattura, il che provoca dolore (segno di Lasègue nella sciatica) e, nei casi in cui la contrattura è spiccata, come per irritazione meningea, si ha il sintomo di Kernig, ossia a gamba estesa non è possibile vincere la contrattura dei muscoli estensori della coscia e del bacino. Secondo questo concetto, differente dalle ipotesi proposte da Netter, da Cipollina e Maragliano, i sintomi di Lasègue e di Kernig sono ricondotti alla categoria dei riflessi di coordinazione. Analogamente nella modalità del Miller (che io trovo manifetarsi meglio nel decubito laterale che non nella posizione supina) la flessione della coscia determina una contrazione e in casi patologici una contrattura dei muscoli flessori della gamba sulla coscia, così che a coscia flessa ad angolo retto sul bacino, non è possibile vincere la contrattura della gamba sulla coscia.

Sulla base di queste considerazioni, ho studiato il modo di comportarsi sotto narcosi del segno di Lasègue nella sciatica in 5 casi, dei quali 3 comunicai alla Società medica di Parma nella seduta, del 16 Giugno 1916. Ho trovato che, sotto narcosi, si attenua, ma permane la contrattura degli estensori della coscia sul bacino a gamba estesa e dei flessori della gamba sulla coscia a coscia flessa ad angolo retto sul bacino e la contrattura permane attenuata, anche quando i fenomeni acuti della sciatica sono cessati, salvo che i fenomeni morbosi siano del tutto scomparsi.

Anche per quanto riguarda la permanenza con attenuazione del fenomeno di Lasègue sotto narcosi è evidente l'importanza per la diagnosi nei casi dubbi di simulazione. È da notarsi che al cessare della narcosi, prima che riappaia il riflesso corneale e si manifestino segni della coscienza, il fenomeno di Lasègue nei casi non simulati di sciatica si accentua nuovamnte.

Se il concetto di considerare il fenomeno di Lasègue come un riflesso di coordinazione è esatto, il meccanismo della sua permanenza sotto narcosi è analogo a quello della permanenza e della esagerazione dei riflessi profondi pure nella narcosi in casi di lesione periferica. Il riflesso di coordinazione, sotto l'influenza della sommazione di stimoli abnormi che agiscono sulle fibre di senso, stimoli che elevano il tono spinale, è esagerato così che l'estensione della gamba sulla coscia non provoca più come normalmente soltanto l'estensione della coscia sul bacino, ma determina una contrattura e l'ipertonia spinale si rivela anche col fatto che essa non cede alla narcosi.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

INFERMERIA DEL DEPOSITO
49° REGGIMENTO FANTERIA, IN TORINO

La teniasi nei soldati

per il Dott. AGOSTINO BORINI
Cap. Medico, Direttore

Prima e durante l'attuale guerra pochi sono i lavori registrati dalla medicina militare sull'argomento.

L'Alessandrini si è occupato, or non è molto, dei parassiti animali tanto interni che esterni sotto il punto di vista della profilassi e della cura « applicabile negli eserciti combattenti », designando come parassiticida il cloroformio, in base a lavori sperimentali condotti insieme al Dott. Ceresoli.

Certo interessanti osservazioni si possono fare al riguardo, quando si abbia modo di esaminare, come in questo eccezionale momento, un gran numero di individui.

Così, nella mia qualità di Capitano medico dirigente il servizio sanitario presso il Deposito del 49° Reggimento di fanteria, in cui intenso è il movimento di truppa, di proposito ho voluto portare la mia attenzione e lo studio sui militari colpiti dal così detto « verme solitario », nella persuasione di giovare sempre, anche con un modesto lavoro di controllo e di commento, alla maggiore e migliore conoscenza di un'affezione parassitaria abbastanza diffusa: 3000 furono i militari da me esaminati; in 20 trovai il tenia, e precisamente nella proporzione del 0,75%.

Stralcio dalle note cliniche i dati più salienti:

I. Cap. M. P. classe 1883, muratore, Torino. — Inappetenza, nessun altro sintomo apprezzabile — *T. mediocanellata*.

II. Cap. R. A., classe 1890, falegname, S. Francesco al Campo (Torino) — Da tre anni elimina proglottidi ad intermittenza: prese vari tenifughi, senza mai espellere lo scolice o testa del verme. — Bulimia; frequenti cefalee; dolori vaghi all'addome. — *T. mediocanellata*.

III. Sold. R. A. classe 1887, panettiere, Monasterolo (Cuneo) — Da sei mesi porta il verme: consumatore di carne cruda. Bulimia senso di

distensione dell'addome: sonnolenza. — *T. mediocanellata*; non si rinvenne la testa, ma la forma delle uova e la struttura delle proglottidi confermavano la diagnosi fatta.

IV. Sold. L. E. classe 1899, calderaio, Sampierdarena — Da sette mesi è infestato dal verme; preso il rimedio, e dopo l'assensa per qualche tempo delle proglottidi, queste da tre mesi sono ricomparse nelle deiezioni. Anoressia; nausea; dimagramento. — T. *mediocanellata, tricocefali e ascaridi.*

V. Sold. S. A. classe 1887, contadino, Monticelli (Piacenza) — Da quattro mesi emette colle feci anelli di tenia: diarrea alternata con periodi di stitichezza: ronzii d'orecchi; abbattimento di forze — *T. mediocanellata e tricocefali.*

VI. Sold. G. G. classe 1886, fabbro, S. Bernardo (Genova) — Appetito esagerato: condizioni generali buone — *T. mediocanellata.*

VII. Sold. C. G, classe 1885, contadino, Barone (Torino) — Da tre anni elimina ad intervalli di tempo pezzetti di catena non ostante ripetute cure. Nausea; dolori di testa al mattino, obnubilamenti — T. *mediocanellata e ascaridi con qualche cisti di megastoma.*

VIII. Sold. G. G., classe 1892, carrettiere, Cartazzone d'Asti — Nessun disturbo — *T. mediocanellata.*

IX. Sold. T. C. classe 1881, carrettiere, Valeggia (Genova) — Bulimia: diarrea interrittente — *T. mediocanellata, tricocefali e magastomi.*

X. Sold. R. C. classe 1891, carrettiere, Faro Sup. (Messina) — Nessun fenomeno morboso — *T. memediocanellata e ascaridi.*

XI. Sold. R. C. classe 1886, contadino, Mandronia (Alessandria) — Da due anni è affetto da tenia: prese quattro volte il rimedio senza potersene liberare: le proglottidi scomparivano solo per un certo periodo di tempo — Nausea: vomito di mucosità; qualche vertigine; debolezza generale — *T. mediocanella con tricocefali.*

XII. Sold. F. G., classe 1887, negoziante, Acqui Da un anno alberga il parassita senza alcuna sofferenza — *T. mediocanellata senza scolice.*

XIII. Sold. C. A. classe 1887, macellaio, Quigliano (Genova) — Cefalea — *T. mediocanellata.*

XIV. Sold. B. I., classe 1884, contadino, Torino — Nausea: qualche dolore all'addome — *T. mediocanellata e megastomi.*

XV Sold. B. G., classe 1885, contadino, Grosso (Torino) — Emigrò nel 1907 nella Repubblica Argentina; dal 1912 è affetto da tenia; si curò varie volte senza risultato; consumatore di salame crudo. Frequente nausea: disturbi intestinali sotto forma di borborigmi; senso di pienezza; dolori vaghi, diarrea intermittente — *T. solium, megastomi,* qualche *cercomonade.*

XVI. Sold. G. G., classe 1889, muratore, Vigorzone (Piacenza). — Sei anni fa ebbe il tenia, di cui guarì in seguito a trattamento appropriato. Da due anni il parassita è comparso nelle deiezioni. Senso di peso al capo; fenomeni di dispepsia intestinale — *T. mediocanellata e tricocefali.*

XVII. Sold. R. R., classe 1883, falegname, Lissone (Milano) — Nessun sintomo tranne emissione colle feci di pezzetti di catena. Due *tenie mediocanellate.* L'una era di un colore gialliccio e senza testa, la quale però era andata perduta cogli escrementi, perchè riveduto il soldato due mesi dopo, esse erano affatto libere del parassita.

XVIII. Sold. V. I., classe 1896, meccanico, Cuneo — Nessun disturbo. *T. mediocanellata.*

XIX. Sold. D. M. A. classe 1883, contadino, Gratteri (Palermo) — Da sette mesi espelle proglottidi — *T. mediocanellata e tricocefali.*

XX. Sold. C. P., classe 1885, contadino, Minura (Salerno) — Da un anno è infestato dal cestode. Poco appetito; svogliatezza. — *T. solium con* 7 *ascaridi.*

Dai casi suesposti rilevasi come il « verme solitario » trovasi di frequente associato con altri parassiti: dieci volte lo riscontrai solo, e dieci volte in unione agli ascaidi, tricocefali, ed anche a protozoi, quali, specie varie di cercomonad ed il megastoma o Lamblia intestinale. Tali associazioni parassitarie sono comuni: ed io ebb occasione di confermare tale fatto in molte mie ricerche: di recente anche il capitano medico Sangiorgi, nelle sue osservazioni su 1000 soldati eliminatori di uova di parassiti, avrebbe notato in 169 l'« Ascaris lumbricoides » associato al « Tricocephalus trichiurus ».

Dalle mie note risulterebbe maggiore frequenza della « tenia mediocanellata » in confronto alla « solium »: il che s'accorderebbe colla statistica di altri osservatori, fra cui E. Parona, che a Varese nel 1882 su 57 casi di elmintiasi in 26 rinvenne la *T. mediocanellata,* e in 14 la *solium.* Il Perroncito pure nel 1875 a Torino su 87 casi rinvenne la T. *mediocanellata* in 72 e la *solium* in 12.

Nei militari da me osservati non si riscontrarono fenomeni morbosi gravi, degni di speciale attenzione. Molti portavano la tenia da anni, senza il benchè minimo disturbo; in altri i sintomi erano di poco rilievo. Dimostrativo è il caso XX: il soldato sano e robusto si era accorto di avere il verme solo per l'eliminazione delle proglottidi, e lo portava da molto tempo, non solo, ma col *solium* veniva anche espulso un gruppo di 7 *ascaridi.*

Va notata la persistenza del parassita, non ostante la cura fatta in antecedenza, in cinque casi, e precisamente nei II – IV – VII - IX – XV, persistenza dimostrata dalla sua ricomparsa dopo un certo periodo di tempo, che, secondo Perroncito e Oliver, sarebbe di 56–60 giorni circa. Il fatto è certo dovuto al trattamento mal diretto, per cui lo scolice o testa rimaneva nell'intestino.

L'essere stato una volta ammalato di tenia non esclude una successiva infezione (caso XV).

D'ordinario il parassita vive da solo nell'intestino umano: di qui il nome di verme solitario: qualche volta però i vermi possono essere due nello stesso individuo, come nel caso XVII, e più.

Riguardo alla tossicità dei cestodi, se questa è ammessa per il *botriocefalo,* altrettanto non

può dirsi per le *tenie*: essa per lo meno non riceverebbe conferma dalle surriferite mie osservazioni nelle quali ad eccezione di qualche disturbo locale, non si ebbero a lamentare fenomeni generali dovuti a fatti d'intossicazione.

Del resto esiste tuttora viva discrepanza fra i vari autori: gli estratti di tenie (*T. solium*, *T. mediocanellata*) sarebbero per alcuni (Schaumann, Tallquist, Schapiro, Debove, Calamida, Messineo, ecc. di un potere tossico elevato (emolisi dei corpuscoli rossi, degenerazioni epatiche); per altri (Cao, Allaria, Bycott, Guerrini, ecc.) sarebbero affatto innocui.

Certo devesi tenere in gran conto lo stato del sistema nervoso, più o meno labile, delle persone affette dal cestode in parola, nella valutazione dei vari sintomi, cui dà luogo la presenza del parassita nell'intestino. Ma perturbazioni della crasi sanguigna, produzione di sostanze tossiche, legate ad anemie profonde, come si osservano nella botriocefalosi, in modo da tradursi in un quadro clinico ben definito, ancora non sono state accertate; e ferve appassionato il dibattito sull'interessante questione.

Le tenie nell'uomo sono assai diffuse; è più frequente, come notai più sopra, la *tenia mediocanelllata*. La loro ingestione è dovuta alla abitudine di mangiar crude, o poco cotte le carni, come quelle dei bovini, e di qualsiasi razza ed età, in ispecie dei vitellini.

Si rinvengono con più frequenza negli adulti, il che è in rapporto all'alimentazione.

Nelle mie osservazioni il verme si trovava in soldati appartenenti a varie regioni d'Italia (Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia, Sicilia) ed a varie categorie di mestieri: in prevalenza lo notai nei contadini (7 casi).

L'esame e la diagnosi di tale affezione parassitaria non è difficile; e poichè esiste il pericolo che l'uomo possa infestarsi del « Cisticercus cellulosae » ingoiande oventualmente uova di T. solium, così è dovere del medico, cercare che la cura riesca bene, e ricorrere ai mezzi necessari per distruggere il parassita espulso. Per la profilassi generale è poi da raccomandarsi un attento esame delle carni bovine e suine, sovratutto tenendo conto della tenacità di vita dei cisticerchi, come da esperienze e studi del Prof. Perroncito fin dal 1876 e 1877.

Per la cura io mi servii quasi esclusivamente dell'estratto etereo di felce maschio, di recente preparazione, alla dose di 6-8 gr. in capsule opercolate di ctg. 50 caduna; buoni risultati ottenni pure col tenifugo Violani.

Al parag. 732 del regolamento del servizio sanitario militare territoriale si fa obbligo agli ufficiali medici dei corpi di « *una visita sanitaria di massima ogni settimana a tutti i militari di truppa* ».

Orbene, in detta visita si dovrebbe pure indagare sulle eventuali infestazioni parassitarie intestinali dei singoli soldati: isolati e sottoposti ad esame accurato i sospetti, e accertatane la diagnosi, il compito è ben chiaro: mettere tosto in opera i necessari mezzi terapeutici per ottenere nel più breve tempo possibile una radicale guarigione.

Pertanto nel giudizio sulla validità fisica e sulla perfetta idoneità alle fatiche della guerra non si dovrebbe trascurare anche il fattore elmintiasi, capace di menomare la salute del combattente, il quale può essere l'agente propagatore di specie parassitarie sempre dannose all'organismo umano.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE

ALESSANDRINI G. *Le malattie da parassiti animali negli eserciti combattenti.* Il Policlinico, Sez. Pratica; Fasc. N. 25. Roma 1915.

ALLARIA G. B. *Ricerche sulla tossicità degli elminti intestinali.* (Scritti in onore di C. Bozzolo). Torino, Unione Tip.-Edit. Toriese. 1904, pag. 788.

BORINI A. *Elmintiasi intestinali associate a protozoi di specie diverse.* Gazzetta degli Osp. e delle Cliniche. Milano, N. 107 anno 1908.

BORINI A. *Ricerche cliniche sui veleni degli elminti intestinali.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, Milano, N. 134, anno 1907.

BORINI A. *I tenifughi e loro valore terapeutico* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, Milano, N. 18, anno 1902.

BRUMPT E. *Précis de Parasitologie,* Paris. 1914.

CALAMIDA D. *Ulteriori ricerche sul veleno delle tenie.* R. Soc. ed Accad. veterin. ital, Torino, 1901.

CAO G. *La pretesa tossicità dei succhi degli elminti intestinali.* Riforma medica, 1901, III, pag. 795-821.

LUSSANA e ROMARO. *Elminti intestinali.* Nel *Trattato di patologia e terapia medica di* CANTANI e MARAGLIANO.

LUSTIG A. *Malattie infettive dell'uomo e degli animali.* Volume II, Milano, 1915.

MESSINEO G. *Sul veleno contenuto in alcune tenie dell'uomo.* Atti Accad. Gioenia Sc. nat. Catania. 1901.

MESSINEO G. *Ulteriori ricerche sull'azione patogena degli elminti intestinali.* Giorn. internazionale Scienze med., Napoli, 1905.

MESSINEO G. e CALAMIDA D. *Sul veleno delle tenie.* Giorn. R. Soc. ed Accad. medica, Torino, 1904.

PERRONCITO E. *I parassiti dell'uomo e degli animali utili, le più comuni malattie da essi prodotte.* Milano 1902.

PARONA E. *Intorno ai cestodi e massime al Bothriocephalus latus raccolti in Varese.* Giorn. R. Accademia medica, Torino, 1882; Gazzetta Ospedali, N. 14-15-16-18 Milano, 1882.

PARONA E. *Intorno a centocinquanta cestodi dell'uomo raccolti a Milano.* Giorn. R. Accad. Medica, Torino, 1899.

SANGIORGI G. *Osservazioni sulle feci dei soldati ricoverati negli ospedli militari territoriali di Venezia.* Giornale di medicina militare, Roma, anno 1916, fasc. IV.

SCHAUMANN und TALLQUIST. *Ueber dieBlutkorper Eigenschaften des breiten Banduuims.* Deut. mediz. Wochenschrift, 19 maggio 1898.
TALLQUIST. *Rech. toxicologiques sur la pathogénie de l'anémie pernicieuse et notamment de l'anémie due au Bothriocéphale.* Semaine méd, 1907. pag. 248.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Ospedale da campo 074

Zona di guerra 30 ottobre 1916.

Riunioni medico-chirurgiche castrensi

Sono presenti 29 Ufficiali medici; presidente il Sig.r Colonnello medico Santoro Cav. Giuseppe.

Il capitano medico Giovanni Noce, Direttore dell'ospedale 15, presenta una *barella someggiabile*; ne illustra il congegno e il funzionamento; ne indica la utilità e la praticità.

L'esperienza di 10 mesi di trincea, con un reggimento di fanteria, ha convinto l'O. che sia possibile il someggio di gran parte dei feriti, specie in quelle zone dove abbondano mulattiere.

Esaminati i varii apparecchi già esistenti presso le truppe alpine, dice che oltre ad essere di una utilità pratica molto relativa hanno l'inconveniente di richiedere un basto speciale; presenta invece un apparecchio in legno adattabile ai comuni basti da soma e la cui fabbricazione non richiede istrumenti nè materiali speciali e che può essere costituito in campagna presso ogni unità sanitaria.

Il capitano Medico Borsarelli, Direttore dell'Ospedaletto 111, presenta e illustra un altro tipo di *barella someggiabile.*

Il Tenente medico G. Sbordone, oculista del 2° Corpo d'Armata, parla delle «*congiuntiviti provocate*» ricordandone i mezzi più comuni per provocarle e i sintomi essenziali. Riferisce particolarmente su alcuni casi di congiuntiviti provocate con semi di ricino. Tale sostanza pare che sia da qualche tempo la preferita dagli autolesionisti. Nelle congiuntiviti da ricino la sintomatologia sarebbe la seguente: edema delle palpebre che si presentano di colorito normale o arrossate lievemente; abbondante secrezione di aspetto purulento; tumefazione e ispessimento della congiuntiva palpebrale che presenta in alcuni punti della porzione della palpebra inferiore delle strie biancastre (piccole escare); diminuzione della trasparenza della rete vascolare; in primo tempo nessuna formazione nodulare, follicolare o granulare sulla congiuntiva tarseale e della piega di passaggio; chemosi accentuata della congiuntiva bulbare che forma come un cercine attorno alla cornea ed è cosparsa di numerosi punticini rossastri.

Negli stadi molto avanzati la porzione superiore del sacco congiuntivale paretcipa all'alterazione. La cornea si mantiene estranea al processo. Sintomi subbiettivi molto limitati. L'introduzione della sostanza è abitualmente compiuta mettendo un frammento di seme di ricino nel fornice inferiore.

Come cura sono sufficienti semplici lavande.

Interviene durante la relazione del Tenente Sbordone S. E. il Generale Garioni, Comandante del......... Corpo d'Armata.

Il Tenente medico Aguglia, dell'ospedaletto 13, legge la sua conferenza sulle «*Psicosi nell'esercito combattente*». L'Or. si è proposto di studiare: 1° se gli stati di commozione derivanti dalla guerra erano capaci di determinare delle neuropsicopatie nei combattenti; 2° se nel caso affermativo, dovevano considerarsi come neuropsicosi aventi particolari caratteri clinici.

Accenna ad una forma convulsiva, la così detta *epilessia emotiva* di Bratz (psicolessia di Dana), forma importante per le questioni pratiche che vi si riconnettono, ma non completamente conosciuta, in quanto non è agevole sempre distinguere le crisi da quelle degli epilettici e da quelle degli isterici. L'O. ha osservati 16 casi di epilessia emotiva di Bratz con 10 esiti favorevoli (riammissione in servizio). Tra le altre forme cliniche osservate ricorda: 1° - 2 casi d'eroismo patologico; 2° - 5 casi di confusione mentale a tipo amnestico o dismnestico; 3° - 11 di confusione mentale a tipo onirico, forma frequente nei feriti; 4° - 1 caso di ipnosi delle battaglie; 5° - 18 casi di sindromi depressive; 6° - numerose sindromi nevrasteniche; 7° - parecchie sindromi isteriche; 8° - 8 casi di sindromi epilettiche; 9° - 1 caso di sindrome distimica. L'O. si intrattiene più a lungo sulle sindromi nervose da esplosioni di grossi proiettili, sindromi a cui compete unicamente e propriamente il nome di «*psicosi di guerra*».

Lo scoppio dei moderni proiettili di artiglieria, per sè stesso e senza l'intervento di un trauma somatico diretto, è capace di provocare lesioni dei più differenti gradi d'intensità nei vari organi e sistemi della economia, primo fra tutti il sistema nervoso centrale. La patogenesi è quella decompressiva come nella malattia dei cassoni.

La sintomatologia è data: dall'incoscienza iniziale e dallo stupore apatico susseguente che può durare solo un giorno od anche parecchie settimane; questo stupore può essere interrotto da episodi di sonnambulismo, crisi d'inquietitudine ansiosa, rievocazioni allucinatorie, ecc.; parestesie sensoriali, vertigini, depressione affettiva con preoccupazioni ipocondriache; irritabilità emotiva, tendenza al pianto, anoressia, abulia, difetto evocativo, insonnia, sogni angosciosi, ecc., ecc.

L'O. termina concludendo:

1° I disturbi mentali che insorgono in tempo di guerra sono da distinguere in due gruppi ben netti: α) l'uno in cui la sindrome mentale è la conseguenza diretta, esclusiva d'un fattore esterno, fisico; β) l'altro, comprendente la massima parte dei casi, in cui la sindrome psicopatica che insorge non è che la risultante dell'azione simultanea di due fattori o di due complessi di fattori, l'uno esogeno, fisico o psichico, e l'altro endogeno,

costituito da una predisposizione specifica, costituzionale in senso lato, forse anche organica.

2° Si deve tener conto dell'eredità neuropsichica, della sifilide non curata, dell'alcoolismo.

3° Non esiste una forma clinica neuro-psicopatica specifica di guerra; si riscontrano delle modalità speciali: un riassunto di psicosi.

4° Si deve tener conto dell'esaurimento psichico, dei disagi e del fattore nostalgico. Perciò il ritorno in Italia è mezzo psicoterapico eccellente.

5° La guerra determina la selezione accelerata dei neuro-psicopatici.

6° Prevalgono le forme depressive e confusionali.

In fine di seduta i capitani Noce e Borsarelli dimostrano praticamente il modo di funzionare delle loro barelle someggiabili..

M. CHIADINI

CASISTICA

Spondilite acuta.

Le infezioni settiche della colonna vertebrale sono rare ma importanti per l'alta mortalità che provocano, dovuta alle difficoltà del trattamento chirurgico ed al ritardo con cui si interviene. A. Kinder (New Zealand Med. Journ., rif. in *Med. Review*, febbr. 1916) riporta il caso clinico di un ragazzo che, otto mesi dopo un' osteomielite della tibia, cominciò ad avvertire dolore al collo ed al capo; questo era tenuto rigido e nei movimenti veniva sostenuto dal paziente con le mani, analogamente a quanto si osserva nella carie della spina; il malato però venne giudicato inoperabile e fu trattato con vaccini antistafilococcici. Il liquido cerebro-spinale venne trovato sempre sterile. In seguito la temperatura assunse l' andamento settico, i dolori si estesero e divennero insopportabili, si ebbero sintomi di irritazione del simpatico cervicale e l'ammalato morì. All'autopsia si trovò un ascesso che si estendeva dalla sesta alla terza vertebra cervicale; il pus giungeva in basso fino alle vertebre lombari. L'artrite settica aveva progredito attraverso la capsula articolare bassa nello spazio epidurale. L'esame microscopico e culturale dimostrò la presenza dello stafilococco.

L' osteomielite vertebrale è abbastanza rara, in confronto di quella delle ossa lunghe; nel 75% dei casi si tratta di giovani sotto i 20 anni, in molti dei quali vi sono stati dei precedenti di osteomielite o di traumi.

Nella spondilite cervicale si deve esplorare accuratamente il naso e la faringe. Se questo esame risulta negativo ed il liquido cerebro-spinale é sterile, si praticherà un'incisione a circa cm. 1½ dalla linea mediana, da uno o da entrambi i lati, secondo la localizzazione della malattia. Si approfondirà l' incisione fino alla lamina vertebrale, ribattendo da un lato i muscoli ed arrivando al processo trasverso, si andrà poi alla ricerca del pus; se questo proviene dall' articolazione, la si aprirà raschiando eventualmente il processo articolare. Se poi il pus proviene dai processi trasversi, si praticherà un'incisione al margine posteriore dello sterno-cleido-mastoideo, per facilitare il drenaggio.

FIL.

La periostite e l'osteite causa di dolori nevralgici.

C. L. Dana (*Medical Record*, 29 aprile 1916) osserva che il termine di neurite e di neuralgia è usato spesso impropriamente, costituendo per lo più il refugio di una inestricabile confusione diagnostica. Già gli studii più recenti hanno fatto una vera decimazione delle neuralgie. Così la neuralgia del trigemino continua a conservare la sua entità clinica, ma di solito ha una base organica ed è probabilmente un'angio-neurosi. La così detta neuralgia cervicale per lo più non è che un'emicrania, o una miosite, o qualche cosa di analogo. La nevraglia brachiale è di solito una leggera neurite. La neuralgia intercostale, quando esiste, è in rapporto ad una ganglionite posteriore acuta, ossia ad una forma abortiva di herpes zoster, o alla tabe. Le così dette neuralgie lombari e pelviche sono dovute a fatti di compressione, a cause riflesse, a malattie delle ossa e delle articolazioni. Infatti molti dei dolori cronici apparentemente funzionali sono stati ora dimostrati in rapporto ad alterazioni delle articolazioni, dei muscoli e dei tendini. Oggi più che di varietà di tipiche nevralgie si parla di dolori locali a distribuzione occipitale, brachiale, intercostale, lombare, crurale o sacrale. Ed è stato accertato che parecchi di essi sono dovuti a processi infettivi delle articolazioni, dei muscoli e dei tendini. Ciò premesso l'A. afferma che in molti casi di dolori persistenti, questi hanno la loro origine in un'osteo-periostite da infezione acuta. Egli non ha prove anatomiche a sostegno di questa tesi, ma soli fatti clinici. Però ci si presentano casi nei quali l'esame radioscopico mette in evidenza fatti periostei, e spesso esistono le prove non dubbie di un processo tossi-infettivo in atto. L'A., fondandosi sulla osservazione di quattro casi, di cui riferisce la storia, crede di poter dimostrare che infezioni provenienti dalle tonsille e da carie dentaria o dalla prostata provocano focolai localizzati di osteite e periostite, che determinano alla loro volta fenomeni dolorosi, che assumono il quadro delle così dette neuralgie sciatica, intercostale, brachiale o altre forme di neurosi dolorose. È ben noto che le cause principali della periostite sono la sifilide e la tubercolosi, ma è pur vero che l'affezione del periosteo può essere anche provocata dal tifo, dalla rachitide o

da un trauma diretto. Non si può quindi escludere che anche altre infezioni possano provocare il medesimo processo. A questo fatto si deve verisimilmente attribuire la circostanza che i radiologi trovano durante i loro esami frequentemente dei focolai periostei. E viceversa al fatto medesimo si devono attribuire le forme dolorose che frequentemente s'incontrano in pratica e di cui non si riesce a rintracciare la causa. Questi dolori per solito sono attribuiti a reumatismo, e quindi a processi neuritici, miositici, artritici, e sono indicati come neuralgie o dolori riflessi. Parecchi di essi, pensa l'autore, possono invece mettersi in conto di lesioni ostee o periostee, che come è noto sono estremamente dolorose.

Dr.

TERAPIA.

La terapia della leishmaniosi infantile col tartaro stibiato.

(*tecnica, dosi, indicazioni, controindicazioni*)

Di Cristina e Caronia, della Clinica Pediatrica di Palermo, danno conto e riassumono (*Malaria e malattie dei paesi caldi*, n. 4 — 1916) lo stato attuale della terapia della leishmaniosi infantile.

Come si sa, per questa malattia, che miete numerose vittime in Sicilia e nell' Italia meridionale, furono sperimentanti vari metodi di cura, ma sempre infruttuosamente: così senza successo furono tentati i preparati arsenicali (atoxil, arsacetina, ecc. ecc.), il salvarsan, impiegato da M. Ascoli, Longo, Jemma e Cortesi, il chinino, il mercurio, l'iodio, la fucsina.

Pareva tramontata per sempre la speranza di poter agire a mezzo della chemoterapia su i resistentissimi parassiti, quando gli autori, nell'estate del 1913, partendo dal concetto che i parassiti della leishmaniosi interna sono affini o magari identici a quelli della leishmaniosi cutanea del Brasile, iniziarono gli esperimenti con l'uso del tartaro stibiato, che già Vianna aveva usato nella cura dell' ulcera cutanea o bubba e dell' ulcera venerea dei tropici.

I primi tentativi furono assai incoraggianti, la tecnica dapprima incerta e dubbia fu man mano modificata e perfezionata, onde si può dire ormai di possedere un trattamento specifico che ci permette di combattere la malattia in ogni fase del suo sviluppo.

La soluzione di tartaro stibiato deve essere allo stato leggermente ipertonico, cioè all'1%: una maggiore concentrazione non può essere impiegata perchè provoca nausea, vomito e senso di costrizione al faringe.

La dose da somministrare è sempre piccola allo inizio della cura, un ctg. appena; poi, mano mano, si aumenta e secondo la tolleranza si può arrivare alle dosi più elevate saggiando la resistenza renale. Se nelle urine vi è pus o elementi renali non si inalzino mai le dosi, ma si ricorra alle dosi piccole, persistenti, colle quali si può ottenere la remissione dei sintomi generali. Nei casi di cachessia avanzata si praticano due iniezioni per ogni settimana; in quelli che si trovano in migliori condizioni si può praticare una iniezione ogni 48 ore. Si deve persistere nella stessa dose almeno due volte, indi si eleva di un centig. e così si arriva, secondo la tolleranza, nei bambini a 2 anni alle dosi di 6-7 8 ctg.mi; nei bambini fino a 9 anni si può arrivare alla dose di 12 ctg.mi.

Il trattamento deve essere protratto per molto tempo, non meno di tre mesi.

Uno dei segni più precoci della miglioria è l'arresto della diminuzione del peso e la comparsa dell'appetito.

* * *

La via usata dagli autori per la introduzione del farmaco è la endovenosa come quella che dà maggiori e più efficaci risultati.

La via boccale non risponde affatto allo scopo. Castellani dice di avere avuto buoni risultati con la sua mistura con antimonio, ma le sue deduzioni ottimiste non possono essere accettate oggi.

Altre vie tentate sono la percutanea e la sottocutanea: dalla prima (facendo uso di bagni con acqua satura d'antimonio avvero adoperando la pomata con antimonio) non si ebbero risultati notevoli; la seconda a base di iniezioni sottocutanee di tartaro non è da consigliarsi per la grave necrosi che si può verificare.

In quanto all'azione dell'antimonio pare che sia diretta sui parassiti; ma indirettamente fa risentire anche una influenza benefica sull'organismo.

A. Clurfeld nel laboratorio di Pianese e con materiale apprestato dalla Clinica di Jemma, ha studiato l'azione dell'antimonio sulle cellule e sui parassiti ed è venuto alle seguenti conclusioni:

Il tartaro stibiato induce una proteolisi che si manifesta per i seguenti caratteri: rarefazione del tenue protoplasma del parassita, entro il quale appaiono dapprima piccoli vacuoli; scomparsa graduale del macronucleo, che incomincia con la rarefazione della nucleina e termina con la nucleolisi; scomparsa della tenue membranella del parassita, che resiste un pò più a lungo.

L'azione generale del tartaro stibiato si fa risentire primieramente sulla curva termica, che subisce una notevole modificazione. In principio della cura si ha un maggiore aumento della febbre dopo ogni iniezione, sebbene questa reazione non sia costante; durante il trattamento la curva ter-

mica subisce una decrescenza progressiva e finisce col ritornare del tutto normale.

Le modificazioni apportate nella sanguificazione dal trattamento sono di svariata natura e costituiscono appunto il migliore indizio della vittoria ottenuta nella lotta per debellare il male. Non vi è costanza in generale nei reperti dei vari ammalati. Per lo più si ha, nei casi lievi, un ripristino di tutti i rapporti esistenti fra i vari costituenti del sangue: corpuscoli rossi, emoglobina, corpuscoli bianchi, ritornano rispettivamente al loro normale valore.

In conclusione possiamo finalmente dire che possediamo il rimedio per combattere la leishmaniosi interna.

Mentre la mortalità era spaventevole — circa il 90% dei casi diagnosticati in modo scientifico perivano — oggi stando alle nostre statistiche possiamo calcolare che essa sia discesa al 10% circa.

Vi sono, è vero, casi che non risentono subito del trattamento, che presentano complicanze durante la cura (polmonite, nefrite, o iperpiressie continue), vi è qualche caso recidivante: ma il tutto sommato non ha alcuna importanza di fronte al risultato mirabile di vedere profondamente modificata la curva di mortalità anche nell'età del lattante, il quale spontaneamente non guarisce mai dalla infezione.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(773). *Sintoma di Brudzinsky* — All'abbonato 1239, M. T.:

Il segno di Brudizinsky si provoca in questo modo: si flette uno degli arti inferiori, la gamba sulla coscia e questa sul bacino, in modo che si faccia anteriore poggi sulla partete addominale. Nelle affezioni meningee si osserva un movimento riflesso nella coscia dell'altro lato: talora questa si flette spontamente sul bacino (riflesso identico), talaltra si mette in estensione sul bacino (riflesso reciproco). Spesso per provocare il riflesso è necessario flettere la coscia con la gamba in estensione.

Brudzinsky oltre a questo segno delle malattie delle meningi ha anche descritto il *segno della nuca*: la flessione passiva in avanti della nuca determina un movimento di flessione negli arti inferiori, nel senso che la coscia si flette sul bacino e la gamba sulla coscia.

DR.

(774) Al dottor Armando Testa, Casale Monferrato (Alessandria):

Per divenire soci della *Società di Storia critica delle Scienze mediche e naturali*, che è aperta a tutti coloro, anche non medici, che si interessano di tali studi, basta far domanda al presidente Prof. D. Barduzzi, Siena, e inviare la quota (L. 5 tassa d'ammissione, L. 10 quota annua) al tesoriere, Dott. I. Feliciani, Roma, Fontanella di Borghese, 35. La Società pubblica una Rivista bimestrale che viene offerta gratuitamente ai soci; ogni anno tiene delle riunioni e in epoche e città da stabilirsi dei congressi, di cui vengono pubblicati gli atti. In Italia non esistono altri giornali del genere.

In Francia esiste una società analoga il cui segretario generale è il Dott. E. Wickersheimer, e pubblica a Parigi il *Bulletin de la Société francaise d'histoire de la Médicine*, di cui si è alla 13ª annata, interrotta dalla guerra alla metà del 1914. Anche tale bollettino é inviato ai soci.

gb.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione.

A. LAPOINTE. *Chirurgie d'ambulance.* Un vol. in 12 pag. 110. Paris, A. Maloine et Fils, éditeurs; 1917. — Prezzo Fr. 3.

L'evoluzione delle ferite dipende dal loro primo trattamento e dalle condizioni nelle quali si svolge la prima medicazione, ed il D.r Lapointe, che è uno degli apostoli delle ambulanze chirurgiche automobili, sostiene la tesi che tutti i feriti debbano venir operati in queste ardimentose formazioni avanzate e, forte dei buoni successi riportati durante l'ormai lungo periodo di guerra, proclama la necessità di sconvolgere completamente il concetto che in prossimità del campo di battaglia si debbano solo far delle medicature affrettate é che le sezioni di sanità, a cui l'ambulanza francese corrisponde, debbano esser solo officine d'imballaggio e di spedizione.

Resta a noi il dubbio che l'A. si sia un po' lasciato trascinare dalla tesi brillante. Chi ha visto la guerra da vicino sa che le ambulanze chirurgiche operatorie possono rendere dei preziosi servizi quando limitino la lora attività ad una certa categoria di feriti: ai cronici, agli addominali, e forse anche ai toracici; ma che per la gran massa dei feriti è pericolosa e inutile una sosta più o meno lunga presso le formazióni avanzate, quando i rapidi e perfezionati mezzi odierni sono capaci di trasportarli in poco più di un'ora presso formazioni sanitarie ove le operazioni e le medicazioni occorrenti si possono fare con più calma e con mezzi più larghi.

Comunque, a parte tale concetto troppo esteso, dell'azione delle ambulanze chirurgiche, l'A. mette brillantemente in evidenza tutto quanto è venuto ad infirmare le antiche idee, che pure erano idee di ieri, a proposito di chirurgià di guerra, ed espone tutto il programma chirurgico che deve essere svolto dall'ambulanza operatoria.

G. MENDES

I. e P. FIOLLE. *Précis-Résumé de Chirurgie de Guerre.* Un vol. in-16 di pag. 148. Paris. Librairie Felix Alcan, 1916. — Prezzo Fr. 2.

Per evitare ai colleghi ultimi venuti al fronte le incertezze e le difficoltà dei loro predecessori, i dot-

tori I. e P. Fiolle hanno redatto una guida chiara e concisa di chirurgia di guerra. Chiamati alle armi sin dall'inizio delle ostilità, destinati ai posti più svariati, essi han potuto osservare e trattare le ferite in tutti gli stadi.

L'infezione domina oggidì, secondo gli A.A., la chirurgia da campo, ed il concetto che si aveva prima della guerra attuale, fondato sulle esperienze precedenti, che la maggior parte delle ferite di guerra sia ad evoluzione benigna perchè non settiche, si è ora, con la preponderante azione dell'artiglieria, completamente invertito.

Gli AA. illustrano e documentano il principio che per combattere la sepsi nel modo migliore non vi è che da anticipare il più che sia possibile l'intervento operativo.

I medici al fronte apprezzeranno questo eccellente manuale.

G. M.

H. BRODIER. *La Trépanation.* 1 vol. in 8 di pag. 95. Paris, A. Maloine et Fils éditeurs, 1916.

Tra le ferite più gravi e impressionanti della mostruosa guerra moderna sono quelle del cranio. L'A. ha raccolto una larga esperienza personale al riguardo e consegna in questo lavoro quanto concerne la trapanazione, di cui descrive la tecnica seguita, definisce le indicazioni e i vantaggi, precisa gli esiti. Il lavoro è corredato da 114 figure.

G. M.

VARIA.

A proposito d'infanzia derelitta.

In un articolo intitolato « Los débiles », pubblicato negli *Archivos de Gynecopatia, Obstetricia y Pediatria* del 25 ag. 1916, firmato Pìo Brezosa Tablares, si accennava alle torture cui viene sottoposta l'infanzia in varí paesi.

Per quanto concerne l'Italia, vi erano contenute le seguenti righe:

« In una nazione peninsulare nostra sorella per storia e vincoli di sangue, l'Italia, i facitori di mostri sono tuttora una triste realtà, e con apparecchi e corsetti e caschi di ferro si creano ragazzi storpi, cifotici, il cranio deformato in maniera orribile, le deboli estremità contorte come se fossero di filo metallico, scarnificati, le ossa rivestite da un po' di debole pelle più che da carne; si trasformano graziosi bébé, angeletti umani, in orribili spettri, ripugnanti mostri, miserabili caricature scimmiesche, che rivelano la nostra vera discendenza zoologica ».

Il prof. F. La Torre ha sentito il dovere di difendere il nostro buon nome ed ha scritto al direttore della rivista, prof. F. Vidal Solares, una lettera di cui riportiamo alcuni brani dalla « Clinica Ostetrica » (30 novembre 1916):

Il signor Pio Brezosa... ha forse avuto per le mani qualche libro del Medio Evo, in cui simili torture erano registrate; si è forse ispirato, interpretandoli a rovescio, ai *Trattati dei Mostri* di Fortunius Licetus e di Ambrogio Parèo; ha forse assistito a qualche spettacolo cinematografico, che raffigurava le torture fatte patire a piccoli disgraziati nei Circhi equestri, attribuendole all'Italia.

Ma più probabilmente il sig. Pio Brezosa, o chi l'informò, ha visto bambini che portano apparecchi ortopedici di ferro o d'altro.

Sotto questo punto di vista l'Italia è all'avanguardia. È comune oggi tra noi drizzare i deboli e deformi arti inferiori o anche romperli ed applicarvi apparecchi per emendarne i difetti di forma; è anche facile vedere piccoli esseri portare corsetti metallici, per correggere deviazioni della colonna vertebrale, ecc. In Italia l'ortopedia chirurgica è molto progredita, per opera del Codivilla, che ha fondato a Bologna una scuola reputatissima in tutto il mondo medico e nella quale si compiono veri miracoli, l'Istituto ortopedico Rizzoli; altri Istituti del genere sono sorti in altre città d'Italia: per esempio a Napoli funziona l'Istituto ortopedico Ravaschieri, a Bergamo l'Istituto rachitici, ad Ariccia l'Istituto chirurgico-ortopedico per la cura dei bambini, ecc. Male egli ha fatto a confondere apparecchi benefici e salutari, con strumenti di tortura.

...A quale scopo queste rivoltanti sconcezze? È permesso forse ammettere oggi, in cui tutte le preoccupazioni sono per il miglioramento della razza umana (l'eugenica informi), deturpare e sciupare l'essere umano, che reclama il rispetto dei suoi diritti di forza, di salute e di vita?

No, egregio collega Vidal Solares, la *hermana nacion* — l'Italia — non commette di simili infamie criminose ed io protesto con la massima energia contro le corbellerie pubblicate con tanta poca conoscenza delle cose nostre e con tanta leggerezza.

Gli Italiani non devono essere confusi con i cinesi che deformano i piedi, e con gli ottentoti che deformano il capo per conferire una bellezza apprezzata da quelle popolazioni. L'Italia è una nazione altamente civile ed umanitaria, che ha il culto del bello e cura nei suoi figli lo sviluppo della forza e l'armonia delle forme, che sono i caratteri tangibili dela bellezza.

ATTI PARLAMENTARI.

La Sanità militare al Senato.

Discutendosi al Senato del Regno il disegno di legge per la proroga dell'esercizio provvisorio, il sen. prof. E. Maragliano si è occupato dei servizi sanitari militari. **Riassumiamo largamente il suo discorso.**

L'O. è lieto di assicurare che all'assistenza dei soldati feriti e malati si provvede bene; elogia lo spirito di sacrificio del corpo sanitario, che dalla linea del fuoco agli ospedali fa ovunque, anche esponendo la vita, opera degna di plauso. Elogia pure l'organizzazione dei grandi ospedali creati in zona di guerra e specialmente ad Udine, che fanno onore alla Sanità Militare Italiana.

Alla Sanità Militare s'impone oggi — e per la durata della guerra e pel grande numero di soldati che vi partecipano — la necessità che coloro i quali per ferite e malattie si allontanano dalle file, vi ritornino al più presto, così da mantenere alta l'efficienza dell'esercito. Enumera le cause che, data la nostra organizzazione, si oppongono a

questo *desideratum*. Fra esse accenna ai troppo frequenti passaggi da un ospedale ad un altro che non raramente toccano perfino il numero di undici; al fatto di una colluvie di piccoli ospedali, in cui spesso non si può avere la specializzazione delle cure ed in cui talora solo la missione curativa è considerata, e trascurata quella di restituire ai corpi combattenti, quanto più presto è possibile, i soldati; alla non retta valutazione delle licenze di convalescenza. In Francia nel primo anno di guerra si crearono pure molti piccoli ospedali militari; poi si concentrarono i servizi in grandi ospedali, evitando così le lungaggini derivanti da pietose condiscendenze. Prospetta al Governo l'opportunità di valersi dell'esperienza altrui e della nostra.

Segnala un'altra fonte di attentato all'efficienza dell'esercito, in quel grande numero di militari che per ferite hanno perduta la capacità funzionale di un arto, e che con innocui atti operativi, che essi rifiutano, potrebbero riacquistarla, condannandosi invece ad una mutilazione volontaria. Nota che in Francia la facoltà di questi rifiuti è stata tolta; prospetta al Governo se non sia il caso di fare lo stesso in Italia.

Accenna alle tabelle di esenzione per reclutamento e ricorda le migliaia e migliaia di uomini validissimi, che vengono eliminati per difetto nei denti, o per altri fatti che non compromettono la loro resistenza, mentre, come si fa altrove, si può facilmente provvedere con mezzi meccanici.

Enumera invece i danni che vengono dal reclutamento di soggetti nei quali esiste la tubercolosi allo stato di latenza; sono organismi in equilibrio che i disagi rompono: la tubercolosi entra in attivtà a costoro, senza essere mai stati utili al servizio, diventano dannosi e pericolosi pel contagio che seminano, per lo spreco di energia che determinano, per le conseguenze finanziarie che ne derivano.

Invoca una pronta revisione della tabella, utilizzando l'opera ed il consiglio di organi competenti sia militari che universitari.

Riassumendo i fatti prospettati, ricorda che in Francia nei servizí di sanità militare si riscontrarono nei primordi della guerra gravi deficienze dovute al fatto che la Sanità Militare non aveva la personalità e la indipendenza necessaria ad assolvere afficacemente il cómpito che le necessità della guerra le assegnano. Si provvide concentrando tutti i servizi attinenti alla sanità militare in una sola mano, creando, come si fece per le munizioni, un apposito dicastero, annesso al Ministero della guerra, ma avente alla testa un sottosegretario di Stato. L'innovazione diede risultati meravigliosi, come fu constatato in relazioni parlamentari.

Non chiede al ministro della guerra risposta impegantiva; solo prega gli uomini che sono al Governo a voler considerare se sia il caso di prendere provvedimenti, atti a mantenere sempre più alta la efficienza dell'esercito, innanzi alle odierne necessità di prepararci a nuovi e più aspri cimenti.

Nella sua risposta il Min. Guerra dichiara al sen. Maragliano che, a rendere sempre più rapida e perfetta la cura dei feriti e sicuro il loro ricupero, dopo che dalle formazioni sanitarie più avanzate sono passati a quelle di retrovie e di riserva, varí provvedimenti sono attuati. Recentemente vennero istituiti, al posto degli ordinari ospedali comuni di tappa, unità sanitarie specializzate. La specializzazione delle funzioni sarà a vantaggio della finalità di essa; tanto più che molti feriti si lasciano operare senza difficoltà, sinchè poco tempo è trascorso dall'avvenuto traumatismo, ma si ribellano a cure apprestate più tardivamente negli ospedali di riserva o territoriali.

La concessione delle licenze di convalescenza può essere stata fatta in tempi passati con qualche larghezza, ma ora, in zona di guerra, funzionano speciali Giunte sanitarie di armata, quindi il controllo non manca ed è oculato e severo.

È attualmente allo studio una revisione completa dell'elenco delle infermità esimenti dal servizio militare, e presto la Commissione presenterà le sue conclusioni.

L'amministrazione militare ha organizzato, per l'opera di redenzione contro l'infezione tubercolare speciali ospedali o reparti di accertamento diagnostico.

Particolare cura si è sempre avuta nell'impiegare il personale sanitario secondo le varie attitudini professionali, e specialissimo riguardo si è costantemente avuto per utilizzare nel miglior modo i professori universitari, sia per la loro competenza tecnica, sia per l'ascendente che esercitano sulla massa sanitaria.

Indennità ad ufficiali medici.

All'on. Maffi, che aveva interrogato in proposito il Ministro della guerra, è stata comunicata la seguente risposta scritta:

« L'indennità giornaliera accennata nel decreto luogotenenziale 21 aprile 1916, n. 469, è devoluta, come è ivi stabilito, per i cittadini laureati in medicina e chirurgia, richiamati in servizio d'autorità in forza del decreto medesimo e nominati ufficiali medici.

« Ne consegue che l'indennità fissata poi in lire cinque giornaliere col decreto ministeriale 26 giugno 1916, non può essere devoluta se non dopo che ai detti cittadini sia stato conferito il grado di ufficiale medico.

« Le indennità di entrata in campagna vengono corrisposte agli ufficiali medici di qualsiasi categoria quando si trovano nelle condizioni volute per tutti gli altri ufficiali del Regio esercito e cioè quando essi vengono destinati in zona di operazione, nè vi può essere ragione per fare una eccezione a tale principio.

« Quanto all'indennità vestiario, essa non è prevista per alcuna categoria di ufficiali e quindi non può essere accordata ».

* * *

L'on De Marinis chiedeva di conoscere a quali criteri s'informò il Ministro della guerra sopprimendo, sin dal 10 maggio 1916, l'indennità di guerra agli ufficiali medici che prestano servizio in zona di guerra, conservando la detta indennità agli ufficiali medici che nella stessa zona di guerra, nelle stesse città, prestano servizio presso comandi, intendenze, direzioni di sanità e reparti speciali.

Il Ministro della Guerra ha dato la seguente risposta scritta:

« Il Comando supremo, al quale è demandato dall'articolo 1 del decreto luogotenenziale 30 sett. 1915, numero 1458, di designare il personale che deve essere escluso dalla indennità di guerra, ha

creduto equo di mantenere tale indennità non solo agli ufficiali medici, ma a tutti gli ufficiali addetti alle intendenze ed ai comandi delle grandi unità di guerra, a prescindere dalla località in cui tali intendenze e comandi abbiano sede, nella considerazione che essi fanno organicamente parte del-dell'esercito operante col quale hanno immediato contatto, e sono soggetti a doversi recare, per ragione del loro ufficio, in prima linea.

« Invece, ha ritenuto togliere le dette indennità al personale di altri stabilimenti i quali, sebbene possano anche aver sede nelle stesse città ove sono le intendenze ed i comandi delle grandi unità, pure si trovano in condizioni ben diverse, perchè hanno carattere territoriale ed il personale vi ha stabile sede ».

Per i medici impiegati comunali.

L'on. Cotugno aveva interrogato il ministro dell'interno per sapere se non sia il caso di provvedere a che gli impiegati salariati comunali abbiano un qualche aumento di stipendio, come si è fatto per gli impiegati dello Stato, a causa del rincaro della vita per la guerra. Il sottosegretario ha risposto:

« Nei riguardi delle disagiate condizioni del personale degli enti locali si è già provveduto con circolare del 23 ottobre ultimo scorso diretta ai prefetti, con la quale si dichiarava che da qui innanzi in considerazione del più sensibile aumento della vita si sarebbero potute consentire le concessioni delle speciali indennità di caro-viveri che le Amministrazioni degli enti suddetti intendessero di fare al proprio personale limitatamente alla durata delle attuali eccezionali circostanze e in equa proporzione con la misura degli stipendi e con le condizioni finanziarie dell'azienda.

« Ogni altro provvedimento che avesse carattere obbligatorio per gli enti anzidetti, eccederebbe i limiti dell'ingerenza dello Stato nelle Amministrazioni locali e derogherebbe al principio dell'autonomia degli stessi enti, che presiede alla vigente legislazione.

« D'altra parte la obbligatorietà implicherebbe la necessità da parte dello Stato di assumersi a suo carico la spesa o di integrare congiuamente i bilanci degli enti locali.

« Ora, l'impossibilità della cosa è resa manifesta, a prescindere da ogni altra considerazione, dal gravissimo onere che ne deriverrebbe al bilancio della Stato; mentre è opportuno lasciare che le Amministrazioni degli enti predetti trovino nei propri mezzi finanziari il modo di provvedere alle indennità che, in relazione a quei mezzi, e secondo i concreti ed effettivi bisogni del proprio personale nelle diversissime condizioni locali, esse intendano accordare al medesimo ».

Cronaca del movimento professionale.

Per una Cassa Pensioni dei medici liberi esercenti.

Nei locali dell'Ordine dei Medici di Roma si sono adunati, sotto la presidenza del prof. Silvagni, presidente della Federazione degli Ordini, gli on. Brunelli e Casalini, l'avv. Pietribon di Venezia, i dottori Ballerini per l'Ordine dii Roma, Guidone e Licastro per quello di Napoli, Salpietra per quello di Palermo, allo scopo di discutere intorno all'attuazione della progettata Cassa Pensione, secondo un Ordne del giorno presentato al Consiglio Federale dai rappresentanti di Napoli.

Sentito il parere legale competente dell'avvocato Pietriboni, specalmente affermatosi sulla distinzione necesssara fra medici giovani e anziani nei rigurdi del concorso che si deve chiedere allo Stato, fu affrontata la discussione e si deliberò di affidare ad una commissione di tradurre in un progetto concreto le seguenti idee: 1° Obbligatorietà della iscrizione; 2° Contributo da parte dello Stato; 3° Proventi personali e di carattere fiscale. La Commissione riuscì composta da Silvagni, Brunelli, Pietriboni, Ballerini, Salpietra e Licastro.

Federazione degli Ordini dei Medici.

L'Assemblea generale della Federazione avrà luogo in Roma alle ore 14 e mezzo del 31 gennaio corr. presso la sede dell'Ufficio d'Igiene (Via de' Fornari N. 11, p. 2.) col seguente ordine del giorno:

1. Verifica dei poteri; 2. Elezione della Presidenza; 3. Nomina dei Revisori dei conti; 4. Relazione morale; 5. Relazione finanziaria: *a*) Bilancio consuntivo anno 1916; *b*) Contributo finanziario anno 1917; *c*) Bilancio preventivo anno 1917; 6. Cassa previdenza U. S. anziani (Relatore Dott. A. Grassi); 7. Relazione dei Revisori dei conti; 8. Proclamazione del Consiglio Direttivo per il biennio 1917-18; 9. Elezione del Presidente, del Delegato e del Segretario-cassiere della Federazione.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6682) *Monte pensione - Contributo.* Dott. A. A. da F. Dal momento che nell'atto di nomina era stabilito che lo stipendio dell'interino dovesse essere netto da R. M. e Cassa pensioni, Ella ha diritto a ripetere le quote che il Comune stesso avrebbe indebitamente trattenute. Rivolga analoga istanza al Consiglio Comunale ed in caso di esito negativo, può citare il Comune dinanzi l'ordinaria autorità giudiziaria competente per ragione di territorio e di valore.

(6683) *Certificati medici - Esonero dal servizio militare* - Dott. A. R. 15 da C. — Il medico condotto a cura piena ha il dovere di rilasciare gratuitamente tutti i certificati medici occorrenti ai singoli naturali, sieno essi richiesti nell'interesse generale, sieno essi richiesti nello interesse personale di ognuno. Essendo stato sostituito da un interino da molto tempo non può il medico titolare avvalersi del disposto dallo articolo 6 del D. L. 21 aprile 1916 N. 469 ed ottenere l'esonero giacchè mancherebbe nel caso la condizione della insostituibilità, contradetta dalla presenza dello interino, che effettivamente lo sostituisce.

(6684) *Aspettativa - Indennità di cavalcatura.* Dott. A. C. da M. — Durante il periodo della aspettativa si ha diritto a riscuotere il solo stipendio a norma del capitolato e non le indennità accessorie concesse per mettere il sanitario in condizione di meglio e più sollecitamente compiere il proprio servizio. Non eseguendosi di fatto alcun servizio tali indennità giustamente non ven-

gono corrisposte. Nulla disponendo in contrario il capitolato, è pur lecito di chiedere nel corso del medesimo anno di bel nuovo l'aspettativa, qualora condizioni di salute richiedessero, malauguratamente, un simile provvedimento

(6685). *Trattamento economico dei medici condotti interini chiamati sotto le armi* — Dott. G. P. da A - La nomina a lunga scadenza non vale a mutare l'indole del rapporto di impiego, assolutamente precario e transitorio, che si stabilisce fra la pubblica amministrazione ed il sanitario interino. L'interino resta sempre tale, anche quando la sua nomina abbia eventualmente lunga durata; il maggior diritto a rimanere in carica non vale a mutare il titolo del contratto e farlo diventare titolare effettivo della condotta. Con l'avvenuta chiamata sotto le armi si spezza prima del tempo ogni rapporto con la pubblica amministrazione e questa può disporre del posto a suo beneplacito. Ritornando, Ella non potrebbe più occuparlo senza nuova deliberazione di nomina, così come durante l'assenza non ha diritto di ricevere la differenza dello stipendio o i due mesi prescritti. Se fosse in seguito nominato medico condotto titolare, il servizio prestato come interino verrebbe valutato nel biennio di prova.

(6686) *Pensioni.* Dott. G. A. da C. — Per andare in pensione non occorre avere assolutamente raggiunto il 55° anno di età. Anche essendo in buona condizione di salute può andare in pensione alla fine del volgente anno 1917. Con i dati esposti, e cioè, con 52 anni di età e 27 di servizio, liquiderà l'annua somma di lire 963.

Doctor JUSTITIA.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La *Società di Patologia Esotica*, che fa parte dell'Istituto Pasteur di Parigi, ha nominato membro corrispondente il prof. Alessandro Lanfranchi, direttore del Laboratorio per la vaccinazione anticarbonchiosa e ordinario di patologia medica veterinaria a Bologna.

È noto al mondo scientifico che il prof. Lanfranchi è una vittima della scienza, dacchè egli ha contratto la tripanosomiasi nello studiare questa malattia.

Ordine della Corona d'Italia.

Ufficiali: prof. Agostini Cesare, Direttore del Frenocomio di Perugia e del Centro neurologico; della Direzione militare di Perugia; dott. Morselli Govanni, procuratore della Ditta Carlo Erba di Milano.

Cavaliere: prof. Ghedini Annibale, maggiore medico, capo reparto degli Ospedali contumaciali di Ferrara, direttore della VII Ambulanza chirurgica d'armata.

ALBO D'ORO.

Ricompense al valore militare per la campagna di guerra 1915-1916.

MEDAGLIA DI BRONZO

BAMBINI *Giovanni*, da Pietrasanta (Lucca), sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Sotto il preciso tiro dell'artiglieria nemica, con grande sprezzo del pericolo, assisteva un ferito grave e, nonostante che detriti e polverone, prodotti da scoppi di granate, imbrattassero la medicazione, resa ancor più difficile dall'estrema agitazione del paziente, continuava nella sua pietosa opera, fino a condurla a compimento. — Cave di Salz, 18 febbraio 1916.

CAFIERO *Giuseppe*, da Suez (Egitto), tenente medico complemeto reggimento fanteria. — Sotto l'infuriare di un violento fuoco di artiglieria nemica, benchè colpito da scheggia e contuso, rimaneva in prima linea, con serena tranquillità, a curare i feriti. — Monte Sei Busi, 28 ottobre 1915.

FABRIZI *Nicola*, da Caprarola (Roma), capitano medico reggimento fanteria. — Direttore del servizio sanitario, organizzava lodevolmente, durante il combattimento, il servizio a lui affidato; accorreva ovunque l'opera sua era necessaria e dava bell'esempio di abnegazione e di alto sentimento del dovere. — Globna, 27 ottobre 1915.

GALFO *Giorgio*, da Modica (Siracusa), capitano medico reggimento fanteria. — Dirigendo il servizio sanitario reggimentale, compì le sue mansioni con costante zelo e sprezzo del pericolo, In una speciale circostanza, saputo che due ufficiali ed alcuni militari di truppa erano rimasti feriti, con grande abnegazione, benchè il terreno da percorrere fosse intensamente battuto dal violento fuoco dell'artiglieria nemica, corse a prestar loro la sua opera. — Castelnuovo, settembre-ottobre 1915.

GIAVOTTO *Giuseppe*, da Serravalle Scrivia (Alessandria), aspirante ufficiale medico complemento, reggimento *bis* bersaglieri, n. 52721 matricola. — Esempio a tutti i portaferiti, si recava ove più ferveva la lotta, fin sulla più esposta linea di fuoco, per prestare la sua opera umanitaria. — Altipiano Carsico, 28 ottobre-2 novembre 1915.

KOBYLINSKY *Moïse*, da Odessa (Russia), tenente medico complemento volontario, reggimento artiglieria fortezza, — Con grande calma ed ardimento, prestava intelligentemente l'opera sua, sotto l'aggiustato tiro di grossi e medi calibri nemici, sia nelle batterie del suo gruppo, sia, di propria iniziativa presso altri reparti più avanzati. — Cormons, 17-2 ottobre-7-12 novembre 1915.

ENCOMIO SOLENNE

BENAZZI *Pietro*, da Milano, sottotenente medico complemento alpini. — Durante un furioso combattimento, che rendeva assai pericoloso il percorrere la posizione, accorse dovunque, con sprezzo del pericolo, a portare la sua opera di sanitario. — Monte Scanitz, 12 ottobre 1915.

MACIOTTA *Giuseppe*, da Messina, sottotenente medico complemento reggimento bersaglieri. — Diresse il servizio sanitario in modo encomia-

bile, spingendosi fin sulla linea del fuoco per medicare i feriti, e dando prova di sprezzo del pericolo e di abnegazione. — Pressi di Valfonda, 7-8 ottobre 1915.

MARCHELLI *Appio*, da Genova, tenente medico reggimento artiglieria campagna. — Si recava di sua iniziativa, presso una batteria soggetta ad intenso ed aggiustato fuoco di artiglierie nemiche, per medicare un ferito grave. — Za Verzelimon, 28 ottobre 1915.

SENZI *Gastone*, da Firenze, ten. medico Croce Rossa reggimento fanteria. — Incaricato del servizio sanitario del battaglione, durante un combattimento, adempiva con lodevole zelo, il suo dovere. Benchè avesse avuto l'ordine di ritirarsi insieme con la truppa, ritornava sul campo di battaglia il mattino successivo, e, coadiuvato da pochi portaferiti, riuniva parecchi feriti che il giorno precedente non era stato possibile raccogliere e li trasportava alla sezione di sanità. — Vallo di Sexten, 6 settembre 1915.

STROPPA *Ferruccio*, da Codogno (Milano) sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Sotto il fuoco di artiglieria nemica, curava amorevolmente e con serena calma numerosi feriti delle due compagnie cui era addetto, portandosi, con prontezza ed ardimento, da un punto all'altro del terreno occupato dai due reparti. — Malga Coston, 7 ottobre 1915.

NOTIZIE DIVERSE.

Nel primo anniversario della morte di Guido Baccelli.

Ricorrendo il 10 gennaio il primo anniversario della morte di Guido Baccelli, il Prof. Rossoni, che, per incarico ricevuto dalla Facoltà, regge la Clinica medica romana, alla presenza degli studenti e di molti medici, nell'aula stessa di Clinica, che fu la scuola di Baccelli, commemorò il Maestro perduto.

La figura di Guido Baccelli è così grandiosa, che dopo il suo mirabile discorso tenuto alla solenne seduta della R. Accademia medica, nell'aprile passato, il Prof. Rossoni ha saputo trovare ancora parole nuove e nuove luci per illuminare la gloria de « l'uomo che, per oltre 50 anni della sua vita, fu eminente scienziato, sommo maestro di clinica, assertore della scienza positiva moderna, legislatore, promotore di studi, educatore del popolo, propulsore dello sviluppo, della prosperità, della ricchezza, della difesa nazionale, cultore delle lettere antiche educatrici, reggitore politico che fortemente volle il bene e la fratellanza sociale ».

Come sintesi suprema delle virtù cittadine di Guido Baccelli il Prof. Rossoni ricordò la sdegnosa dichiarazione, colla quale il maestro ripudiò pubblicamente l'amicizia degli scienziati tedeschi, quando essi, all'inizio di questa truce guerra, giustificarono ed esaltarono, nel nome sacro della scienza umana, la barbarie teutonica, e con commossa parola ripetè ancora che il maestro « ebbe la gioia di vedere le aquile romane tornate a spiegar l'ali sulle mozze colonne di Aquileia, la più grande affermazione di Roma, ed a scrutare le vie che conobbero i littori; e se il fato gli negò la gioia di vedere anche il trionfo, il suo spirito tornerà ad aleggiare il giorno in cui il Parlamento italiano proclamerà il ritorno delle antiche provincie ».

Quindi, come il migliore omaggio al maestro sommo di Clinica, il Prof. Rossoni parlò dei metodi e dei concetti , che Guido Baccelli aveva sulla difficile arte della medicina e rileggendo molti brani degli scritti che Egli ha lasciati, fece sì che ancora una volta Baccelli tornasse nella scuola a dettare i suoi mirabili insegnamenti; a consigliare i giovani studenti ed i medici non più giovani a non trascurare il letto dell'ammalato, a non disertare la corsia pel laboratorio, a non fare della critica pericolosa, su fatti raccolti in maniera imprecisa ed interpretati con mente leggera, a non dimenticare quanto sia arduo il giornaliero lavoro del medico e del clinico. Ma oggi, pure avendo la Scienza raggiunto una potenza di mezzi e di conquiste, che non trova precedenti, si deve lamentar che dalle scuole esca una media di medici pratici inferiore al suo grave compito; difetto riconosciuto da tutti i maestri di Clinica, che crearono molte generazioni di discepoli e li videro all'opera.

A tal proposito il Prof. Rossoni ricordò anche altri recenti lutti della Clinica medica, per le morti di Grocco e di De Giovanni e il sempre maggiore diradarsi delle file di grandi Maestri per il ritiro di Augusto Murri, colpito dai limiti di età.

Colla parola e nel nome del maestro scomparso, ma sempre presente col suo spirito, il quale attraverso gli scritti insegna e guida, il Prof. Rossoni augurò un'epoca di nuovi splendori alla moderna Clinica medica italiana, paragonabile a quelli che conobbe nel passato.

XXV Congresso di Chirurgia Italiana.

In Bologna il 4, 5, 6 marzo si terrà il 25° Congresso di Chirurgia Italiana.

Il Comitato centrale con sede a Roma, presieduto dal Prof. Senatore Durante, ha nominato un Comitato ordinatore locale così composto :

Presidente : Prof. G. Ruggi. Vice Presidenti : Prof. A. Poggi, Prof, A. Putti. Segretari : Prof. G. Rocchi, Prof. F. Delitala.

Il Congresso si terrà nel R. Istituto Chirurgico, Policlinico S. Orsola.

Gli argomenti di comunicazione sono i seguenti :

1. Ferite con lesioni delle ossa e delle articolazioni.
2. Ferite con lesioni dei vasi, nervi, midollo spinale.
3. Ferite del capo.
4. Ferite del torace.
5. Ferite dell'addome.
6. Argomenti diversi.

Per la Patria.

Hanno immolato la vita per la Patria i dottori:

BONATATIBUS DIONISIO, sottotenente medico di complemento in fanteria.

BOSELLI FRANCESCO, assistente nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Milano ;

LICOPODI FRANCESCO, maggiore medico nella R. Marina, per la guerra in mare ;

ROVERE GUIDO, tenente medico di complemento negli alpini.

RUSSO FRANCESCO, sottotenente medico di complemento in fanteria ;

SARTORIO PAOLO, tenente medico nella milizia territoriale;

SALERNO LUIGI, tenente medico, decorato al valore;

gli studenti in medicina:

FARBINI CAMILLO, della R. Università di Modena;

GIANNASI DOMENICO, della R. Università di Modena;

GUIDOTTI PAOLO, della R. Università di Pisa;

PALLANI GIUSEPPE, della R. Università di Torino;

RUFFA MARIO, della R. Università di Modena.

Misure contro la tubercolosi nell'esercito.

Una Circolare del ministero della Guerra istituisce nel territorio di ciascun Corpo d'Armata speciali ospedali e reparti di accertamento diagnostico, destinati alla pronta e corretta identificazione delle lesioni tubercolari o presunte tali.

Il personale addetto alla direzione dei detti ospedali o reparti sarà scelto fra gli ufficiali medici che abbiano una speciale competenza in materia e sarà coadiuvato da personale di assistenza, possibilmente già edotto e in possesso delle nozioni tecniche d'assistenza ospitaliera di tale categoria di infermi.

Saranno inviati in osservazione ai detti ospedali e reparti tutti gli inscritti o militari che alla visita presso i consigli di leva o presso i distretti risultano sospetti di forme incipienti, larvate o spente, dell'infezione tubercolare, come lesioni ossee guarite, postumi di lesioni glandulari, esiti di pleuriti, ecc., con speciale riguardo alle localizzazioni nell'apparato respiratorio.

Tutti i militari già incorporati nell'esercito che risultino alla visita dei sanitari reggimentali trovarsi nelle condizioni suddette, dopo espletato il periodo d'osservazione necessaria per gli opportuni accertamenti, e gli inscritti che risultassero affetti da infezione tubercolare in atto, dovranno essere dichiarati permanentemente inabili al servizio militare e riformati, segnalandoli alla locale autorità sanitaria civile.

Gli inscritti, invece, che risultassero affetti da forme di recente spente dell'infezione, potranno essere dichiarati temporaneamente inabili e rimandati alle future visite. I militari che risultassero affetti da infezione tubercolare in atto, se ammalati in maniera da essere ritenuti difficilmente guaribili (cioè da forme diffuse cavitarie ad evoluzione rapida), verranno sottoposti a solleciti provvedimenti di riforma e segnalati all'autorità civile per le eventuali provvidenze di assistenza e di profilassi di carattere individuale o sociale.

Per i soldati tubercolotici.

La Commissione di propaganda per l'opera di assistenza ai soldati riformati per tubercolosi istituita a Genova, in una recente riunione, dopo discussione intesa, a concretare in diverse iniziative la propria azione, ha approvato il seguente ordine del giorno:

« La commissione per l'assistenza dei riformati per tubercolosi, istituita a Genova, presa conoscenza con viva soddisfazione delle provvide disposizioni date dall'Ispettorato di Sanità Militare e attuate da questo Comando regionale a vantaggio dei militari sospetti e affetti da tubercolosi, fa voto che tale doverosa opera di assistenza sia integrata nel disegno di legge per gli invalidi della guerra, da una azione di Stato che valga a coordinare e sussidiare, per tali nuovi bisogni e pericoli creati dalla guerra, le iniziative private rivolte alla lotta sociale contro la tubercolosi; dà mandato alla presidenza della Associazione Genovese contro la tubercolosi perchè porti tale voto a conoscenza dei senatori e deputati liguri acciò che diano opera alla realizzazione del voto medesimo.

Rifornimenti dei Gabinetti militari di batteriologia.

Il Ministero della Guerra informa che d'ordine dell'Intendenza Generale del R. Esercito, è stato costituito in Lecce un centro di rifornimenti dei Gabinetti di batteriologia del corpo di occupazione italiano di Salonicco, del Corpo di occupazione italiano di Albania, e degli Ospedali di primo sgombro della Intendenza speciale.

L'Istituto G. Romiti per mutilati e storpi della guerra.

Da una relazione testè pubblicata dal prof. R. Carranello risulta che questo istituto, sorto ad iniziativa dell'Associazione della Croce Rossa (Comitato marittimo di Spezia), col concorso del Comune, dei Ministeri della Guerra e della Marina e con quello di benemeriti cittadini, è capace di ricoverare 100 storpi e mutilati in 10 camerate; comprende un'aula scolastica, una sala di lettura e ricreazione, un refettorio, gabinetti di meccanoterapia e di fisioterapia e vari laboratori ed officine per telegrafia e telefonia, per sarti, per calzolai, per legatori di libri, per fabbri, per falegnami e per apparecchi di protesi; consente i lavori agricoli in una appezzamento di terreno. L'Istituto funziona dal 1 maggio.

La relazione è corredata da 15 figure illustrative e documentative.

Un plotone presidiario di cura.

Sotto questo titolo è sorto a Rapallo un Istituto curativo militare capace di ricoverare fino a 250 soldati, fornito di ampia Palestra ginnastica per la cura fisica. Ha sede nel Grand Hôtel, Royal. È diretto dal capitano medico dott. Queirolo.

L'Ospizio Marino di Napoli.

Con recenti deliberazioni, già approvate dall'Autorità Tutoria, l'Istituto Ortopedico Ravaschieri ha provveduto all'ampliamento della sua dipendenza Ospizio Marino in Bagnoli (Napoli.)

Per tali lavori, oltre a somme raccolte, sono state destinate L. 12 mila votate « ad unanimità e con plauso » dal Consiglio Comunale, su proposta dell'Assessore Prof. Comm. Tedeschi, e L. 47 mila circa dal capitale patrimoniale della pia Opera.

In tal modo l'Ospizio Marino di Napoli raggiungerà la capacità per 200 letti ad avrà nuovi locali per gabinetti scientifici, sale operatorie, ecc.

Frattanto il Direttore sanitario prof. comm. A. Curcio, alla cui iniziativa ed autorevole attività devesi non solo la fondazione ma anche il rapido sviluppo della Istituzione tanto necessaria a Napoli, sta iniziando le pratiche per rendere, col

concorso degli Enti colali, l'Ospizio Marino permanente, con quel benefizio oramai noto in prò della profilassi e cura antitubercolare e nell'interesse della spedalità napoletana.

In memoria del sen. M. De Cristoforis.

Sulla casa che seppe la vita laboriosa dell'illustre patriota milanese dott. Malachia De Cristoforis, e dove egli si spense, nell'anniversario della sua morte fu inaugurata una lapide con questa iscrizione:

In questa casa si spense — Il dottore senatore Malachia De Cristoforis — 1832–1915 — *Capitano medico garibaldino — Ginecologo, igienista, educatore — Insieme ne ricordano il nome — la Patria e la Scienza.*

Presenziava la doverosa cerimonia il Presidente della Camera; e pronunziò un vibrato discorso commemorativo l'on. Riccardo Luzzatto rievocando la nobile figura dell'estinto come uomo politico, scienziato e patriota.

Personale femminile negli Ospedali militari territoriali.

Una circolare del Ministero della guerra stabilisce che saranno trasferiti ai depositi di fanteria per essere poi compresi fra i complementi destinati alla prima linea, i militari appartenenti a classi posteriori a quella del 1878 (cominciando da quelli delle classi più giovani), impiegati negli stabilimenti sanitari territoriali per i servizi di pulizia generale ai locali (comprese le sale); di piantone ecc.; di cucina; di lavanderia; di scritturazione a mano ed a macchina; di farmacia che non richiedano personale tecnico; i militari non di sanità che si trovassero attualmente comandati a prestare servizio presso gli stabilimenti in questione.

I militari di analoghe condizioni appartenenti alle classi 1876–77–78 saranno trasferiti ai battaglioni di milzia territoriale.

Per sostituire gli anzidetti militari sarà assunto in servizio il numero strettamente necessario di donne, dando all'occasione la preferenza a parenti di militari.

All'uopo i comandi dei corpi d'armata territoriali, mentre potranno provvedere all'assunzione in servizio del personale femminile che sarà loro possibile di reclutare direttamente per il completamento del fabbisogno, si rivolgeranno al Commissariato per l'emigrazione presso il Ministero degli esteri, il quale faciliterà la ricerca e l'invio a destinazione del personale di cui si tratta.

I relativi compensi saranno stabiliti d'accordo col detto Commissariato e con gli ufficiali da esso dipendenti, sulla base dei prezzi della mano d'opera correnti nelle varie regioni.

Il Ministero intende inoltre che sia, per quanto possibile, anche effettuata la sostituzione dei militari di professione infermieri e come tali impiegati negli ospedali territoriali, per utilizzarli in zona di guerra come complementi per i reparti e per gli stabilimenti sanitari mobilitati, o come elementi per la eventuale costituzione di nuove unità.

Pertanto, oltre ad assumere in servizio un maggior numero di donne infermiere traendole anche da quelle arruolate per i servizi indicati in precedenza che si dimostrassero atte alle mansioni di infermiere, potrà essere all'uopo utilizzato anche il numeroso personale ecclesiastico in forza alle compagnie di sanità ed impiegato per le funzioni di aiutante di sanità, impartendo ad esso adeguata intensiva istruzione.

La sostituzione del personale indicato in qeesta circolare dovrà aver luogo al più presto e dovrà possibilmente essere ultimata entro il prossimo mese di febbraio. Quella degli infermieri sarà attuata man mano che saranno disponibili gli elementi atti alla sostituzione medesima.

(In relazione con i dispositivi di questa circolare, vengono ora organizzati alcuni corsi per infermiere).

Verrà appresa con profondo rammarico dagli amici la perdita del tenente medico **Auletta Giuseppe** di Frattamaggiore (Napoli).

S.e Medico di complemento fu, non appena laureato, per oltre un anno in Libia. Dal principio di questa guerra, da oltre 17 mesi prestava servizio in un Reggimento di Fanteria. Per 6 mesi sul Carso, aveva meritato la medaglia di bronzo (dispensa 81 Boll. Uff. Militare, 14 Settembre 1916). Colpito da grave malattia, dopo le marce dell'Albania e l'azione di Durazzo, si allontanava dal Reggimento, ma vi ritornava or è poco per riprendervi il suo posto di combattimento.

L'inattesa morte ha destato grande dolore nel suo Reggimento e in quanti apprezzavano la sua esperimentata sapienza, la nobiltà del suo animo, vigile, premuroso, fraterno, in mezzo ai soldati della sua patria in armi. Nobile e modesto campione della classe nostra, ha nel vigore dei suoi 30 anni, dato tutto alla Patria, mente e cuore vibranti di generosi ideali di grandezza patria e di umana giustizia e libertà, consacrando queste terre alla più grande Italia dei suoi sogni e dei tanti sacrifici. Gloria a Lui.

Dottor FRANCESCO RESCIGNO.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Tip. Failli. Luigi Pozzi, gerente responsabile.

Anno XXIV. *Roma, 25 gennaio 1917* Fasc. 4-bis.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA NEUROPATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. G. MINGAZZINI.

Hysteria *ed* Ischias.

Contributo clinico del Dott. ENRICO TROCELLO.

Riportiamo due storie cliniche di militari dalle quali appare lo stretto rapporto tra quelle due infermità e tutta la convenienza di un attento esame neurologico che conduca ad una diagnosi esatta ed eviti errori nel giudizio di simulazione.

I.

3 ottobre 1916. — C... P..., d'anni 20, barcaiuolo; riferisce di essere stato fin da piccino, di umore mutevole, spesso irascibile. Del resto stette bene fino a due anni or sono quando colto da febbre incominciò a soffrire di dolori nella regione lombo-sacrale destra, estendentisi alla regione posteriore della coscia, alla gamba ed al piede, dello stesso lato. Fu costretto di tenere il letto durante tre mesi; gli fu somministrata aspirina per bocca; vennero praticate iniezioni di soluzione acquosa fenicata nelle regioni dolorose; gli fu fatta applicare sabbia calda sull'arto malato. Aggiunge il P. di non essere guarito completamente poichè, specie durante i cattivi tempi, risentì sempre qualche dolore lungo l'arto. Da un paio di anni va inoltre soggetto di quando in quando a sensazioni di violente costrizioni nella regione epigastrica e così a sensazione di debolezza degli arti inferiori (specie nel sinistro) e di tremori generali. Chiamato alle armi nel mese di novembre 1915, fu inviato alla fronte, in trincea, ove rimase sette mesi. Il 5 di luglio u. s. fu colto da dolore vivissimo nelle regioni lombo-sacrali, posteriore della coscia, poplitea di destra; dolore che con lievi remissioni ed esacerbazioni ma senza tregue si è mantenuto fino ad oggi, senza mai essere accompagnato da febbre.

Status. — Normali l'oculo-mozione ed i movimenti dei muscoli innervati del VII° e del XII°. Tutti possibili e completi i movimenti passivi ed attivi degli arti superiori. Forza muscolare nelle mani, al dinamometro (compressione) D=25; S=22.

Arto inferiore sinistro: volume e tonicità delle masse muscolari normale; normale la resistenza ai movimenti passivi che sono tutti possibili e completi. Il P. non riesce a flettere completamente la coscia sul bacino; forzandosi per riuscirvi accusa sensazione di stiramento nel poplite. La forza muscolare è molto diminuita; essa si oppone in modo assai modico alle forze

che cercano di impedire i movimenti attivi dei vari segmenti.

Arto inferiore destro: volume e tonicità delle masse muscolari, normali. Nel decubito dorsale l'arto giace sul piano del letto esteso e ruotato all'esterno. I movimenti passivi sono normali. Il P. compie i movimenti dei vari segmenti in modo lento; non riesce a flettere completamente la coscia sul bacino e la gamba su la coscia; i movimenti attivi del piede sono tutti possibili e completi. La forza muscolare è ancor più ridotta che nell'arto omologo di sinistra; tale riduzione è maggiore nella coscia, minore nella gamba e ancor minore nel piede. Misure degli arti inferiori: circonferenza della coscia, ad 11 cm. dal bordo superiore della rotula, a D=cm. 37,5; a S=cm. 36,8. Circonferenza massima della gamba a D=cm. 31,5; a S=cm. 31,5.

Riflessi iridei normali; tendinei superiori molto vivaci d'ambo i lati; rotulei vivacissimi ma più a S; non clono della rotula. Riflessi achillei: vivace a D determinante modico pseudoclono, vivacissimo a S con pseudo-clono molto prolungato. Riflessi plantari: debole a S; in forma di flessione dell'alluce assente a D. Riflessi cutanei addominali: presente il meso e l'ipogastrico di destra, assenti gli altri.

All'esame della sensibilità: ipoestesia, tattile, dolorifica, termica, pallesterica nell'intero arto inferiore destro, risalendo in alto ad una linea trasversa passante per l'ombellico e limitata anteriormente e posteriormente dalla linea mediana del corpo. Batianestesia pei movimenti del piede, ginocchio e coscia di destra; iposmia, ipogeusia, ipoacusia a destra. Visus = OD =½ OS=1 (s. c.); campo visivo pel bianco ristretto irregolarmente nei due lati, molto più a D.

La compressione sui tronchi nervosi periferici non suscita dolore. Si risveglia invece vivo dolore a D. colla estensione forzata della gamba sulla coscia e colla flessione forzata della coscia sul bacino. Il paziente accusa dolore maggiore nel poplite, minore nella regione lombo-sacrale. Sintoma del Mankoff: Polso regolare, spiccatamente dicroto, 47 battute al minuto primo; durante il dolore suscitato coi movimenti passivi forzati sopra accennati, 72 battute al primo. All'esame elettrico nulla di notevole. Il P. cammina lentamente con l'arto inferiore destro ruotato all'esterno; flette poco il ginocchio e la coscia; soccorre il poggiamento del piede destro al suolo con un rapido avanzare dell'arto sinistro; si siede a gamba estesa e con la coscia leggermente flessa sul bacino. Nessun disturbo disartrico o disfasico.

Riassumendo, la storia clinica appartiene ad un soggetto sofferente presentemente e presumibilmente fino da almeno due anni, di disturbi isterici e nel quale appunto due anni fa decorse una vera *ischias* D., durante tre mesi. Ultimamente, il 5 luglio, alla fronte, dopo la permanenza di parecchi mesi del P. in trincea, *d'emblée* ricomparve il dolore vivo lungo il tragitto del n. sciatico, nelle regioni che furono già sede dell'*ischias*. L'anamnesi, le condizioni di vita della trincea favorenti le affezioni reumatiche, la sede del dolore, trassero a diagnosticare una recidiva nevritica e ad indicare una cura relativa. Il riscontro di una assimetria della riflessibilità tendinea e di disturbi della sensibilità (*deficit a destra*, nell'arto dolente), l'andatura propria dell'*ischias* non potevano che aumentare il sospetto diagnostico di una vera recidiva della nevrite sofferta.

Orbene, la sintomatologia presentata dal P. dal 5 luglio in poi, non è una simulazione cosciente d'una *ischias*, non è una vera *ischias* ma deve rapportarsi intera, esclusivamente alla nevrosi isterica.

a) Che il P. presenti un complesso sintomatico isterico non v'è dubbio: emiipoestesia sensoriale destra; restringimento bilaterale irregolare e > a D, del campo visivo; ipoestesia a tipo segmentario e batianaestesia interessante l'arto inferiore destro; vivacità notevole dei riflessi tendinei con pseudo-clono bilaterale del piede (i grafici praticati lo dimostrano chiaramente), astenia degli arti inferiori; in questi, disturbi motori che interessano soltanto i segmenti prossimali; umore mutevole; carattere irascibile; crisi accessuali violente di costrizione epigastrica.

b) Il sintoma dolore è poi da ritenersi non simulato per due principali ragioni: il paziente lo accusa sin dall'inizio delle nostre manovre esercitate sull'arto D. con movimenti successivi di estensione o di flessione dei vari segmenti; in seguito quando la gamba si è riscaldata, come egli dice, afferma di avvertirlo molto meno; un simulatore cosciente insisterebbe per una costante, anzi aumentata ripercussione dolorosa inquantochè la continuità delle manovre appare ad ognuno una causa di esacerbazione, ossia ciò che è effettivamente. Ma sopratutto dimostrativo è il sintoma del Mankopf, presente molto nettamente. Ed anche il restringimento bilaterale irregolare del campo visivo riteniamo non simulato pel fatto che alle prove del perimetro ripetute rapidamente e saltuariamente nei vari piani, mai riscontrammo discordanti risultati. Neanche si possono ritenere simulati gli altri sintomi specie quando clinicamente si accordano in un tutto armonico diagnostico, di una unica infermità.

c) Non si tratta di una vera *ischias* inquantochè le particolarità del dolore accennate, la escludono. Non esiste dolorabilità alla compressione dei tronchi nervosi sciatici, mentre è presente nettamente il sintoma del Lasègue (fatto apparentemente contradittorio). Manca inoltre ogni disturbo di volume della tonicità delle masse muscolari; l'esame elettrico fornisce risultati assolutamente normali; il distur-

bo sensitivo dell'arto è a tipo segmentario. Soltanto i riflessi tendinei un po' meno vivaci a D. potrebbero dar luogo a discussione; però convien rammentare, senza riandare alla possibilità di modificazioni dei riflessi nell'isteria, che una *ischias* è veramente esistita due anni or sono nell'arto inferiore destro.

Diagnosi: Isteria (pseudo-sciatica isterica).

II.

22 settembre 1916. — A... T..., di anni 22, di mestiere stuccatore. Nega lues, è modico bevitore, non fuma. Fu chiamato alle armi nel gennaio 1915 e fu alla fronte in trincea durante il giugno e luglio successivi. In questo mese fu ricoverato in un ospedaletto da campo, perchè colto da febbre e da dolori nella regione lombo-sacrale di destra, diffondentisi alla regione posteriore della coscia, al polpaccio dello stesso lato ed accompagnati da parestesie al piede. Stette 42 giorni in letto; dopo 10-12 giorni cadde la febbre; dopo una ventina di giorni s'accorse di non riuscire più ad estendere la gamba D. sulla coscia in modo completo, a cagione di una contrattura dei muscoli flessori; quando scese dal letto per portarsi in altro ospedale, i dolori avevano notevolmente ceduto, eran tollerabili; però l'arto destro, alquanto accorciato per la posizione viziosa assunta, obbligava il P. ad una andatura notevolmente zoppicante, quale ancor oggi persiste. Durante una licenza di 8 mesi permasero tali condizioni; il dolore modico quale è ancor oggi, rimase assolutamente immutato per intensità ed intermittenze. Aggiunge il malato che nel primo mese di malattia, quando s'iniziò il disturbo motorio a carico dell'arto destro, notò che non riusciva più ad articolare bene le parole; tale difficoltà era, ora più ora meno, accentuata ed in rapporto con fattori emotivi. Riassumendo, presentemente i disturbi principali consistono nella posizione viziosa della gamba destra, nei dolori che interessano l'arto di questo lato, in una certa difficoltà della pronunzia delle gutturali. A nulla valsero cure elettriche, massaggi, bagni di luce, ecc.

Status. — Normali l'oculomozione ed i movimenti dei muscoli innervati del VII° e del XII°. Integri i movimenti attivi e passivi degli arti superiori e dell'inferiore sinistro, e così il volume e la tonicità dei medesimi. Forza muscolare nella mano al dinamometro (compressione) D=20; S=35.

Arto inferiore destro: Nel decubito supino del P., la coscia si presenta flessa sul bacino e la gamba flessa sulla coscia (angolo di 145°). La circonferenza massima della gamba destra= cm. 37.5; della sinistra centimetri 38.2. La tonicità delle masse muscolari è normale nella gamba; nella coscia si palpano i muscoli flessori, specie il bicipite femorale, di tonicità notevolmente aumentata, in forte contrattura. I movimenti passivi sono completi ed offrono resistenza normale sia nell'articolazione dell'anca sia nelle articolazioni del piede. Il movimento passivo di estensione della gamba sulla coscia giunge al limite suddetto e solo con notevole forza e con vivissimo dolore nel P. si giunge ad una estensione di poco maggiore. Il movimento di flessione della gamba lo si può compiere in modo normale. I movimenti attivi sono normali nella coscia, solo la forza che il P. impiega per vincere le resistenze che si oppongono a detti movimenti, è diminuita. Il P. non riesce ad estendere e a flettere in modo completo il piede; similmente non riesce ad addurlo, abdurlo, ad elevarne il margine interno, completamente. Riesce a flettere solo in modo lento la gamba sulla coscia; l'estensione attiva della gamba è tanto limitata quanto quella passiva.

Riflessi tendinei superiori deboli ed uguali d'ambo i lati; rotulei, debole a D, vivace a S; achillei vivaci determinanti pseudo-clono (di minore intensità e durata a S). Il pseudo-clono è dimostrato chiaramente dai grafici praticati. Riflessi plantari debolissimi; minore a D; alluci silenziosi. Cutanei addominali, a S. assenti; a D., debolissimo il meso, deboli l'epi e l'ipogastrico.

Si constatano inoltre, ipoalgia, ipoafia ed ipotermia nella metà destra del corpo dalla linea trasversa mamillare in sotto; l'ipoalgia è maggiormente accentuata da una linea trasversale passante a 4 dita trasverse al disopra dell'articolazione del ginocchio, in basso. Emiipopallestesia a destra. Batiestesia normale. Udito normale; ageusia, anosmia, bilaterale. *Visus* OD= 1/2; OS=1; s. c.; campo visivo leggermente ristretto concentricamente e bilateralmente pel bianco. La compressione dei tronchi nervosi periferici è dolorosa, lungo il nervo sciatico nell'incisura ischiatica, nella regione posteriore della gamba, nel poplite, e dietro il capo articolare superiore del perone. Sintoma del Lasegue presente. Esercitando una forte flessione della coscia D. sul bacino si determina vivo dolore riferito alla regione posteriore della coscia ed il polso sale da 87 a 94 battute al 1'.

L'esame elettro-galvanico e faradico dimostra anche nei muscoli e nei nervi dell'arto inferiore destro, eccitabilità normale. Alla puntura lombare, il *liquor* fuoriesce con forte getto; albumina 2 linee di Nissl; Nonne negativa.

Nel paziente, non costantemente ed in rapporto con fattori emozionali, si nota un lieve disturbo disartrico pei suoni gutturali.

In questo secondo caso, riassumendo, l'anamnesi ci rivela che il P. ad un dato momento mentre precedentemente aveva goduto sempre buona salute, era vissuto incolume da qualsiasi disturbo nervoso, fu colto da febbre e da un dolore che per la topografia corrispondeva alle radici lombo-sacrali, ed al decorso del n. ischiatico D. nella coscia, nella gamba. Il malato fu riconosciuto affetto da nevralgia sciatica e ricoverato all'ospedale. Venti giorni dopo, durante il decorso regolare dell'affezione, quando la febbre era scomparsa ed il dolore mitigato, si ebbe l'inizio della contrattura della coscia e del disturbo disartrico. Da 14 mesi condizioni

stazionarie, immutate, quelle stesse presentate dopo il primo mese della malattia.

Convien subito considerare che ovvi appaiono nel decorso intiero dell'affezione, un primo periodo iniziale caratterizzato dalla febbre e dal dolore fierissimo e svoltosi in meno di un mese, ed un secondo periodo che perdura ormai da 14 mesi, nel quale, contrattura, dolorabilità modica e disartria, refrattarie alle svariate cure praticate, si mantennero e persistono tenacemente con immutati caratteri.

Nella discussione diagnostica dobbiamo considerare le seguenti ipotesi:

a) la possibilità di una simulazione dell'inizio della malattia;

b) la possibilità della simulazione degli altri fenomeni aggiuntisi, compreso il protrarsi del sintoma dolore;

c) se una vera *ischias* abbia esistito e nel caso affermativo se persista; infine occorre stabilire di quale natura sia il complesso sintomatico in atto.

a). Il dolore iniziale a topografia periferica sciatica e la febbre che dovè essere constatata dai medici militari i quali ordinarono il ricovero all'ospedale, male si accordano con l'ipotesi della simulazione. Le condizioni di vita nella trincea si conciliano colla possibilità di insorgere della sciatica reumatica, e l'asimmetria dei riflessi degli arti inferiori, più deboli a destra, convalida l'ipotesi di una vera *ischias* sofferta in quel primo periodo febbrile. Dell'esistenza, allora, di tale *ischias* non troviamo invero, oggi, altri reliquati quali ipotrofie delle masse muscolari, alterazioni della reazione elettrica (escludiamo pel momento la considerazione della contrattura e della sindrome sentitiva dell'arto inferiore destro). Ma la deficienza di postumi si accorda con una nevrite acuta a sintomi prevalentemente sensitivi, ad evoluzione breve, ed esito di guarigione; ipotesi che cercheremo di dimostrare.

b). La simulazione della sindrome succeduta verso il ventesimo giorno di malattia, cioè contrattura e disartria, ci sembra anche si debba escludere. Durante il sonno la contrattura permane, la disartria è chiaramente in rapporto con fattori emotivi, e ritenere che essa venga simulata per completare un quadro sintomatico di cui sussistono già sintomi indubbiamente reali, non è ipotesi da avanzare. In quanto al terzo sintoma della sindrome permanente, al dolore modico, che è raramente spontaneo, la costanza del risveglio alla compressione di ben determinati punti che corrispondono a punti del Walleix, il sintoma del Mannkopf, ci avvaloran l'ipotesi della realtà del disturbo.

c). Nel vagliare la possibilità della simulazione dei primi sintomi della malattia, abbiamo già accennato alle ragioni che fanno ritenere essere veramente occorsa in quei primi tempi, una vera *ischias* (febbre, topografia chiaramente ischiatica del dolore, mitigazione di questo in corrispondenza della somministrazione di preparati salicilici; diminuzione, ancora esistente, dei riflessi tendinei dell'arto). Che oggi poi persista l'*ischias*, non è presumibile. Al fatto si oppone anzi tutto, il decorso; si tratterebbe di una *ischias* che dura da 15 mesi senza produrre alcun disturbo nel volume e tonicità delle masse muscolari dell'arto, senza provocare alcuna alterazione muscolare verso lo stimolo elettrico; essa ci appare quanto mai improbabile. Riteniamo che il sintoma dolore modico, immutato, debba ascriversi alla sindrome cui appartiene la contrattura. Che questa non sia di natura organica si deduce dalla mancanza dell'aumento dei riflessi tendinei, dalla mancanza del segno del Babinski, della trepidazione epilettoide e dell'interessamento dei muscoli antagonisti. Manca inoltre ogni disturbo trofico; la contrattura è localizzata (interessa un solo gruppo di muscoli a funzione analoga), non presenta variazioni di intensità, è di consistenza fibrosa. Negativo risultò l'esame del *liquor*. È quindi logico ammettere trattarsi di una pseudo-contrattura.

Ora, se questo sintoma di natura funzionale, raggruppiamo all'ipoestesia di tipo segmentario, ai disturbi sensionali, alla disartria emozionale, al pseudoclono del piede, naturalmente risaliamo alla diagnosi dell'affezione in atto, l'isteria.

In conclusione: Isteria (pseudo-sciatica isterica).

III.

Interrogati i due pazienti accuratamente allo scopo di determinare se i sintomi isterici si fossero iniziati in coincidenza o subito dopo avvenimenti che avessero destata profonda emozione, dovemmo escludere che il fattore emozionale avesse avuto parte, per lo meno evidente e vicina, nelle genesi dei fenomeni isterici presentatisi all'inizio della malattia e che ancora permangono. Tuttavia tale fattore emozionale, di svariato genere, non mancò durante i molti mesi di vita nella trincea insieme alle vicende delle avanzate contro il nemico. Pertanto, questi due casi non contraddicono le opinioni del Babinski il quale nega

alla sola emozione, di qualunque intensità essa sia, la causa dei disturbi isterici, ma solo ammette che le emozioni, affievolendo il senso critico, possano preparare la psiche alla suggestione, ciò che nei due casi in esame, può essere accaduto.

Altra osservazione che può trarsi dalle due storie cliniche si è che il dolore, a topografia ischiatica, rappresenta il sintoma cardinale della sintomatologia isterica. Attorno ad esso, risuscitato nel primo caso, rimasto dopo il decorso della *ischias* nel secondo caso, appaiono topograficamente raggruppati gli altri sintomi della nevrosi. Infatti nel primo malato l'arto destro che già fu sede dell'*ischias* è più astenico del sinistro (dei tre segmenti dell'arto stesso, il più colpito dell'astenia si è la coscia). Il disturbo della sensibilità termica, tattile, dolorifica, pallestesica, appare anche far capo alla topografia del n. sciatico destro; si ha infatti ipoestesia per tali varie forme di sensibilità, nel lato destro del corpo della linea trasversale ombelicale, in basso: la batianaestesia riguarda le articolazioni relative ai tre segmenti del medesimo arto. I sensi specifici sono interessati (nel senso del *deficit*) nel lato destro del corpo; il campo visivo ristretto concentricamente, è più ridotto a D. Nel secondo paziente tale raggruppamento di localizzazione appare altrettanto evidente: l'astenia esiste nell'arto D. e manca nel sinistro. I disturbi della sensibilità generale sono localizzati da questo lato ed a preferenza nell'arto inferiore: la pseudo-contrattura concerne parte dei muscoli della rispettiva coscia.

Tale orientazione di sintomi funzionali, fa ascrivere i nostri due casi alle sindromi sulle quali l'Oppenheim richiamò l'attenzione. Egli osserva che nel decorso della sciatica può svilupparsi una nevrosi riflessa che si esplica lupparsi una nevrosi riflessa che si esplica con debolezza, tremori, parestesie, disturbi sensitivi e sensoriali in tutta la metà del corpo che corrisponde alla sciatica. Tale complicanza si verifica non solo in isterici, ma anche in individui che prima erano perfettamente normali.

È appunto quanto accadde nei nostri pazienti: nel primo abbiamo un esempio di individuo isterico nel quale si manifesta una sindrome nevrotica orientata verso una sciatica sofferta circa due anni innanzi; nel secondo l'esempio di un individuo indenne da qualunque disturbo subbiettivo nervoso, che colto da sciatica, presenta in seguito manifestazioni nevrotiche colla orientazione topografica più volte ricordata. Oggi il dolore a topografia ischiatica, risuscitato nel primo paziente, mantenutosi nel secondo, senza che per altro sia possibile sostenere l'esistenza di una vera *ischias*, costituisce la pseudo-sciatica isterica.

Queste considerazioni, sulla eventuale partecipazione dell'elemento emotivo nella genesi dei disturbi isterici e sull'orientamento topografico dei sintomi stessi, facciamo solo incidentalmente, senza alcun intendimento di impegnarci nella discussione patogenetica della sindrome presentata dai due pazienti, ciò che equivarrebbe a trattare della patogenesi dell'isteria. I confini propostici colla pubblicazione di questi due casi clinici sono di molto più modesti; mirano a richiamare l'attenzione sul fatto che una sindrome isterica può presentarsi orientata sulla riproduzione funzionale, del dolore di *ischias* sofferta; tendono a mostrare quanta accortezza convenga porre nella diagnosi d'ogni sindrome che ricordi l'*ischias* in ispecie per riguardo alla simulazione ed alla pseudo-sciatica isterica.

E tra i militari, specie in questi tempi, la simulazione dell'*ischias* è tutt'altro che rara. In ispecie chi ha sofferto di nevrite sciatica, rammentandone i sintomi subiettivi, crede di poter trarre nell'inganno il medico. In questa clinica, tra le malattie nervose simulate essa viene subito dopo della nevrastenia. Le seguenti cifre lo provano: storie cliniche redatte dal principio della guerra fino al 15 ottobre 1916, riguardanti militari ricoverati in clinica o visitati ambulatoriamente = 363; casi di *ischias* non traumatica (comprese le associazioni con altre nevriti del plesso lombo-sacrale) 18; simulazioni di *ischias* 16. Numero totale delle simulazioni 65. Sicchè: percentuale generale delle simulazioni 17.60; percentuale della simulazione di *ischias* tra tutte le simulazioni 26.66. In breve, oltre un sesto dei casi esaminati furono simulatori, tra essi più di un quarto simularono l'*ischias*.

Evidentemente queste cifre non forniscono che un criterio molto relativo per riguardo alla simulazione in genere delle malattie nervose e debbono essere considerate solo vagliando nel contempo tutti i fattori inerenti al servizio medico militare di questa clinica.

I mezzi per giungere ad una esatta diagnosi non mancano e la loro conoscenza è ormai diffusa tra i medici. Nulladimeno la pubblicazione di questi due casi di *pseudo-ischias*, occorsici quasi insieme, ci è sembrata non del tutto inopportuna.

NOTE E CONTRIBUTI.

BREFOTROFIO PROVINCIALE DI ROMA.

Exemi nei bambini, acidosi e terapia del calcio

per il Dott. MARIO FLAMINI.

Tutti gli exemi, tanto frequenti nei bambini, sono dipendenti, o dalla azione di microorganismi, o dalla azione di sostanze irritanti amicrobiche. A volte possono dipendere e dall'una e dall'altra causa insieme.

Appartengono al primo gruppo l'impetigine contagiosa e alcuni exemi con croste che insorgono in modo acuto: Sono determinati per lo più dalla azione dei piogeni, e in genere, con cure opportune, guariscono rapidamente.

Appartengono al secondo gruppo gli exemi secchi od umidi, che per lo più sono persistenti, ma che a volte sono anche fugaci e compaiono saltuariamente in varie parti del corpo. Questi exemi difficilmente migliorano, e più difficilmente guariscono con la semplice applicazione di medicinali esterni.

Appartengono al 3° gruppo quegli exemi che, pur facendo parte del secondo, si infettano per il contatto con i piogeni, e divengono purulenti e crostosi.

Questi exemi migliorano con le cure esterne, le quali possono far cessare lo stadio settico, ma non guariscono, poichè allontanati i germi, rimane sempre la causa determinante amicrobica.

***

Gli exemi del secondo gruppo sono quelli che con maggiore frequenza si osservano nei bambini, specialmente nei primi anni di vita; ed hanno sempre richiamato l'attenzione dei pediatri e dei dermatologi, sia a causa della loro patogenesi non chiara, sia a causa della difficoltà della loro cura.

Noi li osserviamo in special modo in alcuni tipi di bambini ed in alcuni stati speciali che qui esponiamo brevemente:

1. *Diatesi essudativa.* — Nella così detta diatesi essudativa di Czerny si osservano exemi per lo più secchi, persistenti o fugaci, a grandi o a piccole chiazze, pruriginosi. Non di rado si accompagnano ad eruzioni lichenoidi della cute anche esse pruriginose.

2. *Neuro-artritismo.* — È noto che molti bambini, figli di genitori artritici, di carattere irrequieto, sofferenti di insonnia, per lo più magri e pallidi, vanno soggetti ad edemi localizzati e fugaci, a eruzioni lichenoidi o ad exemi. Questi bambini soffrono non di rado, quando sono più grandicelli, di vomiti ciclici.

3. *Linfatismo.* — 4. *Adenoidismo.* — 5. *Ipotiroidismo.* — In queste condizioni dell'organismo infantile sono non rari a riscontrarsi gli exemi allo stesso modo che nelle diatesi precedenti.

Tutti questi stati diatesici dei bambini, sono del resto spesso ingranantisi fra di loro per la sintomatologia; non sono d'altra parte fino ad ora bene distinti l'uno dall'altro e non del tutto ancora conosciuti nella loro essenza biochimica. Di frequente si confondono l'uno con l'altro per alcuni sintomi, e tra questi si deve notare appunto la predisposizione agli exemi.

6. *Ipernutrizione dei lattanti, specialmente per eccesso di grasso.* — Nei lattanti, ipernutriti, specialmente per eccesso di quantità di latte, o per latte eccessivamente grasso, si verificano spesso exemi della faccia, e a volte del tronco e degli arti. Di frequente si osservano anche eruzioni di papulette pruriginose. Non è raro il caso che questi exemi si infettino ed assumano l'aspetto crostoso-purulento. Appartengono a questo tipo le *croste lattee*, le quali trovano giustificato il nome dal fatto che sono essenzialmente dovute all'alimento prevalentemente o esclusivamente latteo. Non è raro il caso infatti che, divezzando il bambino, o diminuendo il latte nella sua dieta, e somministrando in sua vece alimenti leggeri, si verifichino dei miglioramenti e delle guarigioni insperate. Anche nelle putrefazioni intestinali da deficiente digestione degli albuminoidei con feci fetide si osservano a volte eruzioni cutanee, ma queste non assumono in genere l'aspetto di exemi, bensì più spesso sono a tipo acneico o anche di urticaria o di edemi cutanei circoscritti.

7. *Exemi ed eritemi intertriginosi*, da irritazione cutanea per il contatto con sudore, urine o feci. — Questi exemi si devono considerare appartenenti al gruppo in questione: la causa irritante proviene, anzichè dall'interno, dall'esterno, ed è senza dubbio contenuta nel sudore, nelle urine o nelle feci.

8. Finalmente dobbiamo ascrivere a questo gruppo quegli exemi non settici i quali dipen-

dono da *cause miste*. — Bambini affetti da diatesi essudativa o da linfatismo, o da adenoidismo, andranno più facilmente soggetti ad exemi se alimentati con eccesso di grasso, oppure con più facilità andranno soggetti ad exemi od eritemi intertriginosi se emettono sudore, urine o feci che posseggano proprietà irritanti della cute.

* * *

Le condizioni di diatesi o di alimentazione per le quali l'organismo infantile ha tendenza a soffrire d'exemi sono dunque numerose e apparentemente diverse dal lato clinico. È diverso anche l'agente che in tutte queste forme determina la irritazione e la manifestazione patologica della cute, oppure è in tutti questi casi simile o affine? In tal caso di qual natura può essere tale agente?

Sia che l'exema dipenda da uno stato diatesico, sia che dipenda da ipotiroidismo, o da alimentazione non ben tollerata, l'agente irritante deve trovarsi in seno al siero del sangue e nella linfa dei tessuti, come pure, qualora dipenda da cause esterne (feci, sudore, urine), deve trovarsi nel liquido che bagna la pelle. In quest'ultimo caso la causa sembra evidente: è la reazione acida delle feci, delle urine o del sudore. Le feci acide, sia che l'acidità dipenda da acidi grassi (per deficiente digestione dei grassi), sia che dipenda da fermentazioni acide per azioni microbiche sugli idrocarburi, determinano, il più delle volte, arrossamenti ed intertrigini. Lo stesso si dica delle urine e del sudore.

Gli exemi che si riscontrano nei bambini con alimentazione eccessivamente grassa, o con alimentazione grassa non ben tollerata, mi sembra che possano riconoscere una causa interna del tutto analoga: cioè dipendere da uno stato di acidosi del siero del sangue. Tale acidosi è dovuta alla sottrazione dal siero di basi (fra le quali il sodio, il potassio, il calcio) in seguito al bisogno che hanno gli acidi grassi del contenuto intestinale di saponificarsi: un eccesso di grasso nell'alimento (troppo latte, o latte troppo grasso), oppure una difficoltà nella digestione dei grassi (grasso di latte eterogeneo, o deficienza di digestione da parte dell'intestino) provoca alcalipenia nel siero e quindi uno stato di acidosi relativa (fosfati acidi?). L'exema sarebbe quindi dovuto alla acidosi del siero.

Può, anche negli exemi diatesici, ritenersi che la causa sia dovuta ad una acidosi? Si verifica nelle diatesi sopra enunciate uno stato di acidosi?

Mi sembra si possa rispondere affermativamente.

Consideriamo anzitutto la diatesi essudativa ed il neuro-artritismo. Queste due diatesi, non ben definite, ingranantesi fra di loro, hanno molti punti di contatto, e forse riconoscono la medesima patogenesi. In ambedue esiste per lo più eredità artritica, in ambedue esiste tendenza ad eruzioni cutanee, in entrambe si osserva il peggioramento dei sintomi in seguito ad alimentazione prevalentemente grassa o di albuminoidi. È mia opinione che le due diatesi siano l'esponente di uno stato di ricambio alterato, in tutto simile a quello della uricemia dell'adulto. Mentre nell'adulto la reazione dell'organismo all'azione dell'acido urico circolante si esplica con la nota sintomatologia (dolori articolari, gonfiori, eruzioni cutanee, ecc.), nei bambini si manifestano, in seguito al differente modo di reagire dei tessuti, sintomi alquanto differenti. La sintomatologia sarebbe sempre l'esponente di una intossicazione acida (acido urico), la quale trova beneficio da una cura alcalinizzante. Infatti anche gli exemi che si manifestano in queste due diatesi migliorano somministrando acque alcaline (Vichy, Carlsbad), diminuendo nella dieta i grassi e le sostanze albuminoidi, ecc.

Prendendo poi in considerazione il linfatismo e l'adenoidismo, stati i quali sono fra loro intimamente connessi, possiamo fare considerazioni analoghe. I bambini linfatici e gli adenoidei, predisposti gli uni e gli altri alla tubercolosi, sono anch'essi soggetti ad uno stato di acidosi del sangue. Come predisposti sono organismi che tendono a demineralizzarsi, e come tali, eliminando in eccesso calcio hanno bisogno di rimineralizzare l'organismo mediante la somministrazione del calcio, che corregge così anche l'acidosi del sangue. Sono noti in proposito gli studi di Ferrier il quale consiglia come cura per i predisposti la somministrazione del calcio, e la soppressione dagli alimenti di sostanze acide (aceto, limoni) o producenti fermentazioni intestinali acide.

Da ultimo, se consideriamo l'ipotiroidismo dobbiamo pensare all'alterato ricambio dei sali specialmente del calcio. Sono noti gli studi che stabiliscono i rapporti fra ghiandola tiroide e ricambio del calcio: l'ipotiroidismo o l'ipoparatiroidismo si può accompagnare ad eccessiva eliminazione del calcio, o a diminuzione della ritenzione del calcio stesso (donde in parte i rapporti fra tiroidi e paratiroidi con il rachitismo, la tetania e la spasmofilia in ge-

nerale). Perciò è logico pensare ad uno stato di acidosi (per eccessiva eliminazione del calcio) negli ipotiroidei, e ritenere che gli exemi degli ipotiroidei possano, almeno in parte, dipendere anch'essi da tale acidosi.

Lungi da me il concetto di escludere anche altre cause nella determinazione degli exemi amicrobici: ritengo però che in tutti lo stato di acidosi abbia una importanza grandissima e spesso assoluta. L'acidosi del sangue nei diversi casi è determinata dal predominio nel siero di sostanze acide diverse (fosfati acidi, acido urico, acido solforico, acido carbonico, ecc.).

* * *

La terapia del calcio negli exemi non è del tutto nuova. Già da alcuni fu notato l'effetto benefico che esplica il calcio su alcune eruzioni cutanee. Le esperienze in proposito sono però scarse e saltuarie. Levy e Rotschild trovano a questo riguardo analogia fra azione del calcio ed azione della tiroide, poichè, oltre alla azione benefica su alcune condizioni cutanee, le due sostanze giovano anche nella spasmofilia infantile, ed entrambe aumentano la coagulabilità del sangue. Tali effetti simili sono probabilmente dipendenti, più che dall'azione diretta di tali sostanze, dal rapporto che l'una (tiroidina) ha sul ricambio dell'altro (calcio) nell'organismo.

Non credo che l'azione benefica notata sulle eruzioni cutanee debba senz'altro attribuirsi, come ritiene Wright, al potere che ha il calcio sulla coagulazione del sangue. Ritengo invece che tale azione sia piuttosto in rapporto principalmente con la neutralizzazione dello stato di acidosi del sangue. Anche Wright ha visto aumentare o comparire l'urticaria in seguito a dieta acidificante (aceto, succo di limoni, ecc.) ma egli crede che tale comparsa sia dovuta alla aumentata eliminazione del calcio ed alla diminuita coagulabilità del sangue: ritengo invece che sia dovuta alla aumentata acidosi del siero che ne deriva.

Ad ogni modo le esperienze relative alla azione terapeutica del calcio sugli exemi sono, come ho detto, scarse, e nella maggior parte dei casi si limitano alla cura delle urticarie e delle eruzioni da siero. Scarsissime sono le esperienze sugli exemi e in special modo sugli exemi infantili, i quali sono poi i più frequenti ad osservarsi.

Ho avuto agio di somministrare il calcio a molti bambini accolti nel Brefotrofio di Roma ed affetti da exemi di varia natura, in base alle idee sopra esposte, con la convinzione cioè che il calcio debba avere una azione alcalinizzante, e come tale benefica negli exemi infantili appartenenti a tutte le categorie suddette, e nelle quali esiste uno stato di acidosi.

L'azione alcalinizzante del calcio somministrato per via orale può, a mio avviso, esplicarsi sul siero del sangue e sui tessuti in due modi: o passando dall'intestino nel siero e quivi neutralizzando l'acidosi (neutralizzazione diretta), o contribuendo a neutralizzare il contenuto intestinale, specialmente prendendo parte alla saponificazione dei grassi, ed in tal modo diminuendo la sottrazione di basi dal sangue da parte dell'intestino, ed ostacolando quindi l'alcalipenia che potrebbe conseguirne e l'acidosi relativa (neutralizzazione indiretta). È quest'ultimo in special modo il caso dell'acidosi consecutiva ad ingestione eccessiva di grassi o a deficiente digestione dei medesimi.

Ho somministrato per via orale il *lattato di calcio*, sale abbastanza solubile, quasi insapore, ben tollerato anche ad alte dosi. L'ho dato a bambini di tutte le età, anche di pochi giorni. Per i bambini ad allattamento artificiale si mescola nel latte di ogni biberon subito prima di somministrarlo; per quelli ad allattamento naturale si mescola in un cucchiaino con latte di donna e si dà prima o dopo ogni poppata; ai più grandicelli si somministra nell'acqua, nel latte, o nelle minestrine. Non si deve mescolare al latte del biberon prima della sterilizzazione del latte stesso, perchè in tal caso con il calore si determina la coagulazione del latte (grossi coaguli).

Il lattato di calcio l'ho sempre somministrato ad *alte* dosi e sempre senza inconvenienti: Nei lattanti alla dose di ½ grammo ad ogni poppata, raggiungendo la quantità giornaliera di circa 4 grammi.

In tutti gli exemi non microbici ho sempre notato buoni effetti. Specialmente rapida ed efficace è stata l'azione negli exemi dei lattanti ipernutriti, con alimentazione grassa, eccessiva o non ben tollerata. Ho visto in questi impallidire prima, e scomparire poi, exemi ribelli, a volte estesissimi. La scomparsa completa in qualche caso è avvenuta in pochi giorni (8-10). Non di rado, con regime dietetico appropriato, l'exema non è più tornato dopo la cura, a volte si è manifestato di nuovo per tornare a scomparire dopo una nuova somministrazione.

Anche negli exemi diatesici gli effetti sono stati sempre incoraggianti: ho sempre notato miglioramento e in qualche caso la guarigione. Per raggiungere un effetto più evidente occorre

però in questi casi associare la cura del calcio con la cura o l'allontanamento della causa o delle cause inerenti allo stato diatesico: occorre cioè oltre che l'acidosi, curare la causa dell'acidosi stessa.

Così nei casi nei quali si può pensare ad una costituzione neuro-artrica gioverà anche la diminuzione nella dieta degli alimenti che aggravano lo stato di artritismo, cioè dei grassi, della carne e delle uova, e la sostituzione, nei limiti del possibile, con farine alimentari, con purée di patate e di erbaggi, ecc. Gioverà anche in questi casi il soggiorno all'aria aperta, il moto, la campagna, l'idroterapia, ecc. Lo stesso dicasi degli exemi in rapporto con la diatesi essudativa. In questi è stato osservato anche da alcuni una benefica azione dalla somministrazione di piccolissime dosi di tiroidina, la quale, probabilmente, esplica il suo effetto anche per la azione che ha sul ricambio del calcio. Non è quindi illogico tentare di associare in qualche caso le due cure, del calcio e della tiroidina.

Ciò si deve far sempre nei casi di exema negli ipotiroidei.

Nei casi di linfatismo e di adenoidismo sarà utile associare al calcio la cura jodica o la jodo-arsenicale. Nei casi di intolleranza del grasso o di eccesso di grasso nella alimentazione si prescriveranno le regole dietetiche opportune. Sarà sempre utile allontanare in tutti questi casi dalla dieta le sostanze acide (aceto, limoni) o producenti fermentazioni acide (birra, vino, ecc.). Negli exemi intertriginosi delle natiche ed interfemori dovuti alla azione acida delle feci l'effetto del calcio somministrato per via orale ha sempre giovato contribuendo ad alcalinizzare le feci stesse. Non di rado in molte diarree acide, sia per acidi grassi, che per fermentazioni acide degli idrocarburi, ho potuto notare anche il miglioramento o la scomparsa della diarrea.

Il numero dei bambini curati è tale che mi conforta nell'affermare con convinzione le osservazioni fatte. La terapia del calcio negli exemi non settici dovrà sempre essere tentata, e sicuramente se ne ritrarranno benefici effetti: a volte i risultati potranno esser veramente maravigliosi.

A causa dello sciopero che ha colpito l'industria tipografica romana, anche questo fascicolo esce con notevole ritardo. Ne chiediamo venia ai lettori.

SPUNTI POLEMICI.

A proposito di servizi sanitarî in guerra.

Il prof. Bartolo Nigrisoli di Bologna, essendo venuto a conoscenza, indirettamente, di una frase contenuta nell'articolo pubblicato dal dottor G. Mendes sul 1° fascicolo di questo periodico, ha sentito il bisogno di protestare in un quotidiano di Bologna; ora manifesta il desiderio che anche nelle colonne del *Policlinico* compaia la sua replica, la quale sembra a noi per lo meno intempestiva.

Se il Nigrisoli si fosse data la pena di scorrere per intero l'articolo (ciò che avrebbe potuto fare facilmente, essendo egli nostro abbonato), il suo sdegno sarebbe sbollito, poichè egli avrebbe compreso che le osservazioni del Mendes riguardavano l'istituzione delle auto-ambulanze d'armata e non avevano riferimenti personali.

Comunque, non vogliamo esimerci dal secondare la richiesta del Nigrisoli e diamo qui larga parte della sua lettera.

Ecco intanto il brano incriminato:

« Ahimè quale delusione abbiamo poi tutti « provato vedendo una di tali avanzate ed ar- « dimentose formazioni....... nel cortile di un « ospedale territoriale ».

Il Nigrisoli dice: « L'ambulanza a cui si allude, è quella a me affidata, e dell'articolo del Mendes io conosco soltanto questo unico brano, di cui la ironia schernistrice parmi ingiusta, perchè l'ambulanza non si proclamò mai nè avanzata nè ardimentosa, ma andò dove la mandarono e vi stette modestamente a compiere il dover suo, inteso nel senso largamente umano della carità: e niente altro ».

L'A. aggiunge una dichiarazione:

« Premesso che le ambulanze chirurgiche d'armata non furono nè consigliate, nè allestite da me, che pure mi onoro di dirigerne una, sta di fatto che questa in discorso per più di due mesi funzionò nel cortile di un ospedale territoriale ».

Egli spiega come ciò sia avvenuto per ordini superiori, i quali ubbidivano a contingenze tattiche; rileva che, malgrado tutto, l'ambulanza fu molto operosa, poichè da quell'ospedale e da quel cortile passarono in pochissimi giorni più di ventimila feriti; in seguito quel luogo si rese meno adatto, a parere del Nigrisoli, per utilizzare l'ambulanza, ed allora non furono nè poche nè tepide le preghiere sue e di altri per lui, allo scopo di ottenere una dislocazione, la quale finalmente ebbe luogo ai primi

di agosto: da allora l'ambulanza stessa (non per merito o colpa sua, ma anche stavolta per ordine) è in posizione più avanzata di qualsiasi altra e di qualsiasi ospedale chirurgico. Sarebbe veramente cosa curiosa, osserva ancora il Nigrisoli, se ciascuno al campo potesse andare dove gli pare e fare ciò che più gli piace.

Il Nigrisoli chiude questa divagazione, avventurando — non si capisce per quale addentellato logico — alcuni apprezzamenti sul noto Manuale del Mendes.

* * *

A proposito della protesta sopra riferita, il dott. Mendes ci scrive:

« Il Nigrisoli, come egli stesso confessa, senza aver letto il mio articolo sui servizi sanitari, si è inalberato (è la vera parola) davanti ad una frase isolata riferitagli, nella quale era semplicemente accennato al rammarico che tutti, a cominciare probabilmente dai componenti dell'ambulanza stessa, provavano nel vedere funzionare tale formazione così lontana da quella zona avanzata ove le destinava l'entusiasmo degli organizzatori e degli oblatori.

E ciò, io soggiungevo nel mio articolo, non certo per mancanza di valor militare nei chirurgi e nei loro assistenti, ma per la ragione molto semplice che era materialmente impossibile che presso le truppe combattenti nelle trincee, o presso i loro rincalzi affondati nei ricoveri di seconda linea o nei rovesci delle posizioni, ricercate e battute metro per metro dal fuoco nemico, potessero trovar luogo ed agio di funzionare le ambulanze chirurgiche.

Come si vede quindi il prof. Nigrisoli, che probabilmente ha letto il modesto manualetto cui accenna, nella stessa maniera come ha letto e capito l'articolo ora in questione, ha perduto un'ottima occasione per tacere ».

Maggiore medico dott. GUIDO MENDES.

QUESTIONI D'ATTUALITÀ.

Osservazioni sui gas asfissianti.

(T. LUCHERINI. *Arch. di Farmac. e Sc. affini*, 1916).

L'A. ha assistito ad un attacco con i gas asfissianti, di cui è rimasto egli stesso vittima. Così lo descrive.

L'attacco venne iniziato a nostra insaputa. La mattina del 29 giugno, tra le ore 5 e le 5,30, il nemico dopo avere violentemente bombardato, a scopo di interdizione, il rovescio delle nostre posizioni sul S. Michele e sul S. Martino, lanciava d'un tratto dense gettate di gas i quali favoriti da un leggero vento in nostra direzione si spandevano verso le nostre linee, ne investivano il rovescio lentamente, sino all'Isonzo.

Io, che mi trovavo a compiere il mio dovere in un posto di medicazione reggimentale, incominciai a sentire un odore acre, bruciante, acido ed a poco a poco il nostro posto fu avvolto di una nube di colore giallo-violetto. Nostro primo pensiero fu di proteggerci colle maschere che avevamo (a rete, ripiene di ovatta impregnata da una soluzione di carbonato); intanto venne acceso un gran fuoco, ed ho ragione di ritenere che per l'azione fisica e meccanica sia stato un elemento efficace della nostra salvezza.

I gas vennero lanciati in due riprese. La persistenza di essi in un luogo dipendeva dalla maggiore o minore ventilazione; nei camminamenti profondi e riparati e nei ricoveri si soffermavano più tempo. Nel nostro posto di medicazione dal momento in cui li avvertimmo sino al momento in cui l'aria diventò meno irrespirabile corsero 15 minuti circa. Mentre eravamo intenti a proteggerci dall'azione venefica dei gas che incominciavano ad insidiare gli organi dell'apparato respiratorio, ecco giungere i primi soldati colpiti.

L'A. li divide in tre gruppi, a seconda della gravità dei sintomi:

1°. Soldati che arrivavano da soli in preda a forte agitazione, pallidi, sparuti, lamentandosi di un senso di costrizione toracica, di oppressione, di bruciore alla gola, con tosse e qualche volta con sputo di sangue. Male si reggevano in piedi, ma il loro sensorio era integro e lucida conservavano la loro intelligenza.

2°. Soldati che non potendo più avere la facoltà di stare eretti, arrivavano sorretti da compagni, cianotici, dispnoici, oppressi da un senso di soffocazione, da una tosse incessante, rabbiosa, con espettorato sanguigno; si notava in essi caratteristica una forma di astenia generale, di agitazione penosa, con moti respiratori ostacolati, offuscamenti visivi, leggero annebbiamento del sensorio.

3°. Soldati che arrivavano in barella in preda a coma profondo, emettendo schiuma giallastra con sague dalla bocca e dalle narici, vomitando sangue, con una respirazione stertorosa, scossi a tratti da fenomeni convulsivi; apparivano fortemente cianotici, la tonicità muscolare scomparsa, il sensorio completamente offuscato. Nella maggior parte dei casi la morte arrivava rapidamente.

Si notava in tutti gli asfissiati un senso d'intensa agitazione, aumentata forse dallo spavento della orribile morte e dallo spettacolo pietoso al quale assistevano. Nei casi leggeri il colorito della cute era intensamente pallido, nei casi gravi risaltava un colorito cianotico. Tutti si lamentavano di senso di oppressione, di bruciore intratoracico, di soffocazione; i loro movimenti respiratori erano irregolari nel loro ritmo e nella loro intensità. Erano tormentati da una tosse continua, penosa. Colpiva la forte depressione fisica, la rilasciatezza delle membra, tale che essi non potevano stare eretti. All'ascoltazione del torace si sentivano rumori sibilanti, e rantoli a grosse e medie bolle sparsi in tutto l'ambito toracico. Moltissimi si lamentavano di un'intensa dolorabilità nella regione epigastrica, diffusa spesso su tutto l'addome. Il vomito si manifestava frequentemente ed il materiale emesso appariva di una colorazione giallastra. Il polso era sempre irregolare e frequente. I soldati colpiti si gettavano preferibilmente in terra, in preda a forte agitazione, cercando quasi tutti di denudare il torace, che comprimevano con le mani per facilitare forse gl'irregolari e penosi movimenti respiratori.

Molti decessi avvenivano rapidamente: i cadaveri dopo poche ore incominciavano ad alterarsi, diventavano gonfi e assumevano un colorito bluastro.

Per soccorrere i numerosi sofferenti, si praticarono iniezioni eccitanti (caffeina, etere, olio canforato), allo scopo di sostenere le forze del cuore e combattere la profonda astenia; vennero pure praticate iniezioni di morfina, allo scopo di mitigare lo spasmo respiratorio, di calmare la tosse, di vincere lo shock; benefici risultati si ottennero dalla respirazione artificiale praticata su larga scala; si ricorse pure efficacemente alle inalazioni di ossigeno, alle compresse fredde sul torace, alle iniezioni di atropina ed al salasso.

Dopo questi primi soccorsi gli asfissiati venivano dal posto di medicazione sgombrati ed inviati nelle vicine sezioni di Sanità ed Ospedali da campo. Ed avendo anche l'A. risentito dell'azione venefica e deleteria dei gas, fu inviato e poi ricoverato in vari Ospedali da Campo, ove ebbe occasione di osservare il decorso di numerosi casi di asfissiati pure ivi degenti.

Nei primi giorni erano tutti di aspetto depresso, con i lineamenti del viso contratti, naso affilato, colorazione cianotica delle labbra, il polso piccolo e piuttosto frequente. Alcuni mantenevano un colorito pallido quasi terreo della cute; altri avevano a permanenza i pomelli di un colore rosso-viola. La lingua in quasi tutti era fortemente impaniata e tinta di giallo. I pazienti erano tormentati quasi tutti da accessi di tosse violenta, da dolori puntori diffusi sull'ambito toracico e da senso di costrizione al petto. In tutti si notava facile tendenza all'affanno, in alcuni perdurava il vomito, in molti l'espettorato era continuo, abbondante, schiumoso e tinto sempre di sangue. Alcuni avevano leggiere congiuntiviti. Le mucose delle prime vie respiratorie apparivano sempre fortemente congeste. Frequenti le elevazioni termiche. Alcuni accusavano obnubilamenti visivi.

Nei primi giorni i pazienti avevano facile tendenza allo stato comatoso; brusche ed improvvise erano in principio le oscillazioni delle condizioni generali. Alcuni arrivavano all'ospedaletto in stato agonico, altri invece arrivando in condizioni organiche discrete, durante il giorno stesso ovvero nei giorni seguenti si aggravavano improvvisamente sino al decesso. E molti casi sono stati notati di asfissiati in apparenti condizioni generali non preoccupanti, i quali dopo qualche giorno sono andati aggravandosi e sono morti fra penose sofferenze.

Superato il periodo critico, apparivano quadri sintomatici di processi morbosi definiti. Comune era l'infiammazione più o meno diffusa della mucosa bronco-polmonale. In alcuni il processo rimase limitato ad una tracheobronchite; in altri si sviluppò una polmonite; in altri una vera bronco-polmonite con tutti i suoi caratteri semeiotici (espettorato mucoso o muco-purulento, più o meno misto a sangue, tosse molesta, dispnea intensa, zone diffuse di ipofonesi e ronchi di ogni specie ecc.). In alcuni altri i sintomi che apparivano facevano imporre la diagnosi di pleurite acuta (dolori puntori toracici, tosse secca, rumori di sfregamento, ipofonesi più o meno estesa, respirazione intercisa, abolizione del fremito pettorale, ecc.).

In alcuni asfissiati residuarono fatti endocarditici; in altri fatti midollari (dolorabilità lungo il rachide durante i movimenti del tronco, mioastenia degli arti inferiori). Molti ebbero anche sintomi di nefrite acuta transitoria (albumina, orine torbide e rossastre, reni dolenti).

Colpivano le frequenti alterazioni dell'apparato digerente, i cui sintomi erano: una molesta dolorabilità della regione gastrica, anoressia, vomito di residui alimentari non digeriti, ambascia, ecc.: erano forse gastriti tossiche, determinate dall'assorbimento e relativa ingestione salivare dei gas. Quando l'infiammazione si diffondeva al duodeno, si manifestava

una leggera tinta itterica. In alcuni si ebbero forme di atonie intestinali, caratterizzate da senso di oppressione addominale e da stipsi ostinatissima.

I suddetti processi morbosi non sempre erano unici in uno stesso individuo, ma spesso associati in maniera più o meno transitoria. Nella maggior parte le complicazioni ebbero un esito rapido ed in molti pazienti non sopravvennero affatto e dopo qualche giorno questi furono dimessi dall'Ospedale guariti.

La terapia era relativa alle varie complicazioni.

La varia insorgenza da individuo ad individuo delle suddescritte complicanze morbose e la loro gravità sono probabilmente da ricercarsi in diversi fattori: nella specie di gas assorbito dal paziente (ben sapendo che i gas, separatamente lanciati dall'avversario, sono di varie specie e quindi di diversa tossicità); nella distanza dalla zona dell'emissione; nell'efficacia dei mezzi protettivi (maschere, fuoco, ecc.); nella predisposizione dell'individuo, il quale con molta probabilità presenta maggiormente soggetti all'azione dei gas gli organi di minor resistenza organica; hanno importanza altre speciali circostanze: la protezione dai gas mettendo la testa fra le coperte od i sacchetti vuoti; l'essersi trovato in un luogo più o meno ventilato, più o meno ricco di vegetazione e di acque; l'essersi più o meno presto difeso dalla sorpresa e quel che più è importante, la diversa rapidità con la quale sono stati soccorsi i sofferenti e la varia efficacia del susseguente trattamento curativo.

La conoscenza esatta della qualità dei gas impiegati contribuirebbe ad illuminare la patogenesi e sarebbe di prezioso ausilio per la ricerca dei mezzi di difesa e di cura.

Doveva certamente esservi il cloro, facilmente riconoscibile dalla colorazione giallastra della nuvola e dal suo odore soffocante ed irritante. La depressione caratteristica in tutti gli asfissiati, può essere spiegata dalla presenza del cloro, che produce sui centri nervosi un'azione fortemente depressiva e paralizzante. Anche la vegetazione ed i metalli risentirono dell'azione: stellette militari, bracciali, anelli, catene ecc., furono anneriti od ingialliti, a seconda del genere del metallo; persino alcune catene d'oro furono alterate e ricoperte di una leggera patina giallo-verdastra: questi fatti contribuiscono a comprovare la presenza del cloro che, come è noto, attacca fortemente tutti i metalli.

Difficile invece è stabilire se fra i gas lanciati vi fosse il bromo, i cui vapori sono di color rosso e di odore spiacevolissimo.

A spiegare la forte azione deleteria si può presumere che un gas di ben più terribile e rapida tossicità doveva essere presente: il fosgene od ossicloruro di carbonio ($COCl_2$), caratteristico per il suo odore irritante e soffocante, ad azione rapidamente letale, che si ripercuote in special modo sul sangue. Essendo un gas incolore, si presta bene all'aggressione.

Avvalora l'ipotesi il fatto che il Prof. Picotti, in un Istituto di esperienze chimiche a Roma, ha analizzato il contenuto di una bombola di gas presa nel paese di Rubbia durante la nostra vittoriosa offensiva sul Carso, ed ha trovato che conteneva gas fosgene (il paese di Rubbia per gli Austriaci era uno dei centri di rifornimento per gas asfissianti).

L'A. insiste sull'insufficienza della maschera comune e sulla superiorità di quella *polivalente*, ora adottata. Nota che alle volte però i vapori asfissianti arrivano improvvisamente, di sorpresa: allora può sorgere l'eventualità che la maschera non si trovi a portata di mano o che si sia smarrita o che non sia più utilizzabile o non funzioni più bene.

Vari mezzi difensivi sono stati studiati e consigliati in simili eventuali contingenze. Il mezzo difensivo che più efficacemente deve rispondere allo scopo, fondato com'è su criteri pratici e reali, sembra all'A. quello proposto dal professor Lo Monaco, le cui esperienze, felicemente riuscite, sono state fatte nel suo Istituto di Chimica Fisiologica presso la R. Università di Roma con i vapori di cloro, di bromo e di fosgene.

Gli animali da esperimento erano i conigli, e le sostanze adoperate per l'assorbimento erano scelte tra quelle che si trovano più a portata e più praticamente accessibili, come la paglia, l'erba, il fieno, la terra, la segatura, il carbone, il cotone, la neve ecc. Applicando questi risultati alla guerra il prof. Lo Monaco è venuto alla conclusione che il soldato può respirare quasi impunemente l'aria avvelenata dai gas, quando questa ha attraversato qualcuna delle sostanze su ricordate, specie se umide. Sono mezzi difensivi efficaci, ai quali il soldato può facilmente e rapidamente ricorrere. L'alta montagna potrà offrire la neve quale facile filtro all'aria intossicata, la trincea la terra, il ricovero la paglia, il bosco le foglie. Nulla di più facile che gettarsi bocconi nel momento del pericolo, cercando di affondare la faccia in uno dei suddetti mezzi di difesa che più si trovano a propria portata e che ognuno cercherà di accumulare intorno a sè nella maggiore quantità possibile e di rinnovare, senza tema che il mezzo possa mancargli. In questa posizione ri-

marrà sino a quando la nube omicida non sia passata e l'aria non si sia resa respirabile, ciò che avviene abbastanza presto.

L'A. ricorda poi di aver saputo che alcuni militari investiti dai gas si sono salvati, rimanendo sul posto e gettandosi in terra bocconi, dopo essersi avvolta tutta la testa con una coperta, oppure affondando il viso tra dei sacchetti di trincea. Con tutta certezza questi mezzi difensivi, ai quali essi si sono istintivamente rivolti, hanno agito facendo da filtro e trattenendo così il veleno gassoso.

Non sembra possibile che il soldato avrebbe la capacità fisica e psichica di continuare il combattimento, mentre i gas lo investono d'intorno; l'opacità stessa della nuvola gli riuscirebbe di impedimento per qualsiasi operazione. Non è nemmeno presumibile che i nemici possano subito, dopo aver lanciato i gas asfissianti, avvicinarsi, anche se muniti di maschera, poichè spesso periscono se il vento cambia direzione e riporta verso loro l'atmosfera avvelenata.

Onde il metodo non comporta obbiezioni sotto questi riguardi.

Certo il palpitante problema della difesa contro i gas asfissianti deve essere studiato ancora con ogni cura.

L. P.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Riunioni medico-militari castrensi.

Avendo l'Intendenza generale dell'esercito disposto di promuovere riunioni di ufficiali medici nella zona di guerra per uno scambio diretto di idee in rapporto al servizio sanitario nelle attuali contingenze belliche, la Direzione di sanità della ... Armata, ha incaricato il maggiore medico dott. cav. Rivalta, R. Direttore dei servizi sanitari della Zona ospitaliera alla testa di linea ferroviaria di .... di presiedere allo svolgimento di tali riunioni medico-militari, tenutesi alternativamente nei vari ospedali dipendenti.

La conoscenza degli ammaestramenti dai casi osservati, dei risultati ottenuti coi procedimenti terapeutici adottati, delle direttive indicate dalla lunga esperienza nel servizio sanitario di guerra, potendo essere desiderata dagli altri colleghi che si trovano o si troveranno nelle stesse contingenze e potendo ridondare a vantaggio dei feriti e malati affidati alle cure delle Unità sanitarie mobilitate, non si ritiene superfluo che il risultato di tali riunioni, per l'indirizzo pratico cui è stato informato e per il valore indiscutibile di attualità, abbia un'eco nella stampa scientifica più diffusa fra gli ufficiali medici al fronte.

I Riunione: 21 settembre 1916.

Comunicazioni.

Per una più attiva comunicazione scientifica tra gli ospedali da campo e gli ospedali territoriali.

I. Tenente medico C. R. I. Camera dott. Ugo. — L'O. si dichiara molto soddisfatto di vedere in parte colmata una delle lacune da lui già denunciata e deplorata nell'agosto in una sua memoria apparsa sul *Policlinico* (Sezione pratica), lacune costituite dalla mancanza di occasioni e di mezzi di poter discutere tra i sanitari delle unità avanzate sulle loro direttive, sui loro risultati, sui loro successi ed insuccessi.

Si augura che queste sedute abbiano ad assumere maggior importanza, maggior estensione, e che siano tenute sotto la presidenza e la direzione di persone autorevoli nelle discipline mediche, che possano nel caso dare anche un'impronta didattica a queste riunioni. Accenna poscia agli inconvenienti che possono derivare dalla mancanza di ulteriori notizie sui pazienti, ai quali vennero prodigate le prime

cure, ed invita i convenuti a voler concorrere del loro meglio perchè vengano stabiliti dei fili di comunicazione tra il lavoro che si compie negli ospedali avanzati e negli ospedali territoriali, affinchè l'opera che si espleta nelle prime unità sanitarie possa uniformarsi nel limite del possibile alle esigenze della cura tardiva riparatrice.

Su la pratica della diagnosi batteriologica rapida del colera.

II. Capitano medico DE BERNARDINIS dott. VIRGILIO e Tenente medico COLOMBO dott. FERDINANDO. — Il Capitano medico De Bernardinis, anche per parte del Tenente medico Colombo, basandosi sulle esperienze di oltre seimila esami di campioni di feci eseguiti con risultato negativo nel gabinetto batteriologico annesso all'ospedale, fa la critica dei vari mezzi d'indagine batteriologica, in rapporto sovratutto alla praticità e rapidità necessarie nelle attuali circostanze.

Tenuto presente che la massima parte delle volte, si tratta di scoprire eventuali bacilliferi, nega qualsiasi valore diagnostico all'esame microscopico diretto delle feci, riservandolo invece ai prodotti di arricchimento in acqua peptonizzata ed alle culture su terreni elettivi.

Perchè il criterio morfologico acquisti maggior valore, propone che sia fatto largo uso del metodo di Benignetti dott. Gino per la colorazione delle ciglia, ottenendosi con esso in un empo quasi uguale a quello necessario per la ordinaria colorazione col liquido di Ziehl diluito, la maggior ricchezza di dettaglio.

Non dà alcuna importanza alla formazione della pellicola superficiale nell'acqua peptonizzata, perhè incostante nei reperti positivi e frequente in quei negativi.

Preferisce come terreno di elezione all'agar sangue di Dieudonné originale o modificato, l'agar di Aronson, preparato secondo la formula dell'autore colle modificazioni apportatevi dai professori Castelli e Viganò (*Policlinico*, Sezione pratica, gennaio 1916).

La preferenza per quest'ultimo mezzo è basata sul fatto che la mancanza del caratteristico sviluppo, straordinariamente dimostrativo ed evidente, autorizza ad una diagnosi negativa. Sono rarissimi i casi nei quali altri germi, a differenza di quanto avviene nel Dieudonné, possono dagli aspetti culturali mentire il colera, rendendo necessari ulteriori controlli.

Il disserente riserva alla prova dell'agglutinazione il giudizio nei casi dubbi, ritiene il metodo di Banti prezioso specialmente nei casi d'urgenza, esclude la praticità di altri terreni di cultura oltre quelli menzionati e della prova di Pfeiffer.

Egli presenta infine parecchi ottimi preparati microscopici del vibrione colerico, fra cui una riuscitissima colorazione delle ciglia ottenuta col metodo di Benignetti e Gino.

L'infezione gassosa delle ferite.

III. Tenente medico CAMERA dott. UGO. — L'O. espone le sue considerazioni personali sull'argomento, frutto dell'osservazione accurata di 38 casi d'infezione gassosa trattati dall'inizio della guerra nel suo reparto.

Riguardo all'eziologia, attribuisce grande im portanza come causa predisponente alla natura del proiettile (schegge di granata, di bombe a mano e dei proiettili esplodenti in genere), non già in rapporto a caratteri speciali che questi proiettili possono avere, ma per la loro proprietà altamente lesiva per i tessuti. Il veicolo dell'infezione da lui maggiormente incriminato è il panno degli indumenti del soldato, che per la vita di trincea, non può essere che un fecondo semenzaio di tutti i microrganismi in genere e degli anaerobii in ispecie. Attribuisce pure importanza nell'insorgenza e nella gravità del processo alla riminuzione ed all'abolizione, nella parte, dell'irrorazione sanguigna, sia essa temporanea (lunga permanenza di lacci emostatici), sia definitiva (lesione di grossi ed importanti vasi).

Riguardo all'anatomia patologica del processo, ritiene che il tessuto muscolare sia sempre la sede iniziale dell'infezione, la quale si propaga rapidamente lungo gli interstizi muscolari e lungo i fasci vascolo-nervosi rimanendo però generalmente come incanalata nelle loggie in cui si è iniziata, dalla resistenza che oppongono al suo dilagare i setti e le fascie fibrose. Descrive le varie alterazioni superficiali e profonde, a cui può dar luogo l'infezione; dichiara di non potersi trattenere sulla batteriologia di essa, non avendo potuto fare alcuna ricerca in proposito.

Propone la distinzione dell'infezione gassosa in tre forme cliniche: il *flemmone gassoso*, la *cangrena gassosa* p. d. e la *setticoemia cangreno-gassosa*, distinzione sopratutto importante per il criterio prognostico e terapeutico. Tratteggia i quadri di queste rispettive forme cliniche, discutendone i vari criteri diagnostici differenziali.

La cura da lui usata è sempre stata chirurgica. Insiste sull'importanza del trattamento profilattico in questa infezione, consistente nel-

l'allontanare al più presto possibile quelle condizioni, che l'esperienza ci indica come suoi principali moventi eziologici.

Nella *setticoemia* cancreno-gassosa ritiene generalmente inutile qualsiasi intervento.

Ad ogni modo per non esporsi al rimprovero della propria coscienza di non aver tutto tentato, propone in questi casi disperati la demolizione rapida e generosa.

Nel *flemmone gassoso* ebbe ottimi risultati, ricorrendo ad ampi sbrigliamenti condotti sopratutto lungo gli interstizi muscolari, alla recisione delle masse e ad abbondanti lavaggi con acqua ossigenata.

Nella *cancrena gassosa* p. d. preconizza un metodo da lui usato, che lo ha sempre condotto a buoni risultati, consistente nella dissezione completa, come per una preparazione anatomica, di tutti i muscoli delle loggie colpite; in tal modo restano esposte ad una buona disinfezione e ad un buon drenaggio tutte le vie seguite dall'infezione nella sua propagazione (interstizi muscolari, fasci vascolo-nervosi).

I singoli muscoli isolati vengono accuratamente avvolti in compresse di garza sterili imbevute di acqua ossigenata. Le masse muscolari troppo compromesse dall'infezione vengono disinserite ed allontanate. I comuni tegumenti vengono scollati per tutta l'estensione in cui si presentano alterati, e gli spazi risultanti, zaffati con compresse di garza pure intrisa di acqua ossigenata. Questo procedimento viene dall'O. denominato «*la dissezione e l'imballaggio muscolare*». Quando però l'arto è ridotto ad un vero ammasso cadaverico, allora l'intervento di scelta non può essere che la demolizione.

L'O. consiglia di non lasciarsi impressionare dall'estensione e dalla gravità delle alterazioni cutanee. Prima di prendere una determinazione conviene sempre andare alla ricerca ed esaminare le alterazioni profonde, che talora possono essere molto limitate ed il più delle volte aggredibili, anche se accompagnate da alterazioni cutanee gravissime ed estesissime. Queste alterazioni cedono rapidamente e facilmente una volta vinto il focolaio profondo.

Presentazione di fotografie dimostrative.

Nel fascicolo 3°, a pag. 84, colonna sinistra, linea penultima, deve dirsi 2.5 % e non 25 %.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 novembre 1916.

Presidenza del prof. F. DURANTE, *presidente*.

Sifilide renale con fenomeni di colica nefritica ed ematoglobinuria guarita col mercurio

Prof. R. CAMPANA. — Il prof. Campana riferisce su di un caso di sifilide renale con fenomeni di colica nefritica ed ematoglobinuria. Illustra i buoni risultati ottenuti colla cura mercuriale. A proposito del caso da lui osservato discute sulle alterazioni a carico degli eritroiti del sangue.

Il prof. ARCANGELI riferisce, a proposito della sifilide renale, alcune sue osservazioni cliniche. Egli è convinto che buon numerò di nefriti croniche si presentano in individui che hanno avuto sifilide; difatti circa nel 57 % dei casi da lui tsudiati ha riscontrato positiva la reazione di Wassermann. Percentuale più elevata si è avuta poi coll'esame anatomo-patologico nei casi che ebbero esito letale. Dalla cura antisifilitica ha ottenuto risultati molto soddisfacenti, non lasciandosi impressionare da un aumento di albuminuria nei primi giorni di cura, poichè insistendo ha osservato sempre un miglioramento costante e progressivo. È da tener presente che sono frequenti le nefrorecidive. Le cure dietetiche possono essere coadiuvanti, ma da sole non sono capaci di modificare l'andamento della malattia. Conclude che in ogni caso di nefrite cronica non si debba trascurare la ricerca se il paziente abbia sifilide.

Il prof. MINGAZZINI, conviene con quanto ha deto il collega Arcangeli circa l'importanza ed il valore della reazione di Wassermann.

Il prof. CAMPANA dà alcune delucidazioni, grato a chi ha ricordato argomenti che egli ha trattato in modo simile in un suo libro recente sulla sifilide degli organi interni; e non aggiunge altre particolarità.

Casi di alopecia circoscritta.

Prof. R. CAMPANA. — Il prof. Campana illustra un caso di alopecia a chiazze constatato fra i militari degenti nella sua clinica.

La cura dei feriti cavitari. in una ambulanza chirurgica avanzata.

Prof. R. ALESSANDRI. — Questa comunicazione è stata pubblicata integralmente nel fascicolo 2°.

A. BALDONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla termogenesi nell'organismo animale.

M. Segale ha compiuto una serie di interessanti studi termometrici, calorimetrici e sul ricambio termico; ne diamo qui i risultati principali.

Il calore specifico o capacità termica (1) degli organi allo stato fresco è risultato (*Pathologica*, 1° marzo 1916) superiore a quello ammesso in precedenza dagli autori: è variato da 0.711 a 0.933 (cioè si approssima più o meno a quello dell'acqua); negli stessi limiti si è mantenuto quello di alcune sostanze organiche (tuorlo d'uovo 0.74-0.76; albume d'uovo 0.945-0.953).

Interessa notare i valori ottenuti per alcuni organi malati: un tumore della mammella nella parte ulcerata dette 0.988-0.993, mentre nella parte integra si ebbe 0.76; la differenza si deve, evidentemente, alla maggiore imbibizione d'acqua della parte ulcerata. Si registrò un calore specifico elevato anche nel fegato di una cavia tubercolotica, in confronto del fegato di cavia sana.

Per gli organi saccati, le cifre oscillarono fra 0.34 e 0.40, con la sola eccezione del polmone, per il quale la capacità termica scende a 16. Queste cifre sono contenute nei limiti di quelle relative alle sostanze organiche chimicamente definite (0.23-5.58).

*
* *

Nei focolai infiammatori acuti l'A. (*Ibidem*, 1° ottobre 1916), valendosi di un'ingegnosa coppia termoelettrica ideata dal prof. Grandise, per mezzo di numerose e delicate misure eseguite negli organi appena estirpati, ha dimostrato che v'è una *genesi locale* di calore. Il calore dunque non è portato dal sangue e non è legato all'iperemia, come generalmente si crede, ma è prodotto *in situ;* il sangue anzi ne determina una sottrazione.

Il fatto era già stato riconosciuto da Weber, misurando la temperatura del sangue che affluisce nel focolaio infiammatorio e del sangue che ne defluisce: questo è più caldo, ciò che prova com'esso abbia assorbito calore invece di cederne. L'esperienza di Weber però era stata contestata e dimenticata; non è probativa, perchè è difficile ad eseguire in modo inappuntabile, mentre il nuovo procedimento ideato e attuato dal Segale è esente da obbiezioni.

*
* *

Sull'emissione di calore dopo il lavoro, misurata a mezzo del calorimetro, Segale ha trovato (*Ibidem*, 1° nov. 1916) che un lavoro breve non comporta nessuna modificazione: cessato l'apporto abnorme di calore, dovuto alle contrazioni muscolari, la termogenesi riprende subito il livello normale, onde la termoregolazione risulta perfetta. Un lavoro prolungato invece determina aumento di emissione. Questo aumento è tanto più precoce, quanto più il soggetto si trova in stato di fatica. È improbabile che esso esprima una maggiore termogenesi, poichè si accompagna a diminuzione della temperatura (diminuzione già osservata dal Mosso negli animali affaticati) e poichè sta in rapporto con la durata del lavoro; si è dunque indotti a pensare che sia dovuta solo a maggiore deperdizione, provocata forse dai prodotti tossici della fatica.

*
* *

Ricordiamo infine alcune ricerche di Segale (*Ibidem*, 15 nov. 1916) intorno all'influenza che un elemento altamente termogenetico, lo zucchero comune, esercita sulla termogenesi, sul ricambio respiratorio e sulla resistenza alla fatica quando se ne eleva di molto la dose.

Questa influenza si esercita in senso dannoso, anche se si somministra contemporaneamente l'alimentazione abituale. Infatti, l'emissione di calore diminuisce e il quoziente respiratorio si allontana dall'unità. La resistenza alla fatica aumenta, ma a danno della integrità vitale del soggetto, che, persistendo nella somministrazione di forti quantitativi di zucchero, va incontro a cachessia ed a morte. Probabilmente nel produrre queste azioni intervengono dei prodotti tossici di scissione del saccarosio.

Le ricerche ora menzionate confermano in parte alcune osservazioni di Albertoni, Lomonaco e loro allievi e le estendono.

R. B.

CASISTICA.

La perifrenite tubercolare.

(M. LOEPER. *Le Porgrès médical*, n. 2, 1916).

La propagazione del processo infiammatorio attraverso il diaframma è un fatto conosciuto da lungo tempo: nelle pleuriti tubercolari più particolarmente l'esistenza di lesioni peritoneali sottodiaframmatiche non sembra eccezionale, anche quando nessun sintomo in vita ne abbia rivelata la esistenza.

Sembra anche che alcune manifestazioni addominali, dolori, crampi gastrici od intestinali,

(1) Ossia la quantità di calore necessaria per fare aumentare dall'unità di temperatura l'unità di peso. Com'è noto, è massima per l'acqua, la quale richiede moltissimo calore per aumentare di temperatura: è minimo per alcuni corpi, come il platino (fatto il capore specifico dell'acqua = 1, quello del platino risulta = 0.03 appena).

vomiti o nausee, siano spesso la conseguenza di queste infiammazioni attenuate del diaframma addominale, contemporanee di una pleurite essudativa acuta. Se una irritazione partita dalla pleura può colpire secondariamente il peritoneo, grazie alle comunicazioni numerose linfatiche o di altra natura, che li uniscono, le infiammazioni del peritoneo raggiungono ugualmente la pleura.

L'autore chiama perifrenite una forma molto limitata di tubercolosi pleuro-peritoneale. Il suo nome è giustificato dalla localizzazione spesso unica dell'infiammazione bacillare alle due faccie del diaframma, al tessuto cellulare sottosieroso, ed a volte al diaframma stesso. Il suo interesse clinico viene precisamente dagli errori numerosi di diagnosi, ai quali dà luogo. La sua origine e la sua natura non appaiono in principio: spesso secca o tale almeno per un lungo periodo della sua evoluzione. La perifrenite non è molto rara e, per quanto non sia una malattia di guerra, essa fu notata con una certa frequenza nei militari, sui quali le condizioni igieniche ed atmosferiche favoriscono l'insorgere della forma morbosa.

Fra le osservazioni dell'autore una ha ricevuto il controllo dell'esame anatomico ed istologico, le altre furono riconosciute per un accidente ulteriore polmonare, peritoneale, o pleurico. Dal loro insieme è possibile stabilire nettamente la sindrome clinica della perifrenite.

La sintomatologia è presso ridotta a semplici dolori degli spazi intercostali, o degli ipocondri. L'aspetto del malato contrasta a volte con la pochezza dei sintomi rilevati ed una reazione febbrile lieve ed irregolare passa facilmente inavvertita. A volte i dolori si esacerbano in modo da far pensare a vere crisi nevralgiche dei nervi intercostali. Si irradiano verso il torace o verso la spalla, o verso l'addome ed i lombi, e sembrano deporre per una crisi epatica, o renale frusta. La dispnea non è rara sopratutto nel cammino e dopo i pasti, e la tosse si manifesta in certi soggetti, secca e stizzosa. Assai frequente è il dolore frenico, più spesso unilaterale, che abbia l'attenzione sul diaframma, o sul pericardio. È raro che non vi sia meteorismo gastrico, nausee, vomiti, costipazione, spasmo intestinale, mucorrea.

Certe forme, nelle quali dominano le turbe gastriche, intestinali, epatiche, o renali, possono imporsi per affezioni vere e proprie del fegato, reni, stomaco, od intestino. Tuttavia i dolori sono più persistenti ed abitualmente più diffusi nella perifrenite: le crisi non sono che le esacerbazioni di uno stato doloroso permanente; la sintomatologia è meno pura e sembra attestare la partecipazione di più regioni, o di più organi. È precisamente questa associazione quasi costante di turbe toraciche e di turbe addominali, di fenomeni dispnoici e di vomiti, di nevralgie intercostali e di dolori all'ipocondrio, di tosse e di costipazione, o mucorrea, la comparsa del dolore frenico, la presenza di una reazione febbrile costante quantunque lieve, che permette di fare la diagnosi.

Viene un giorno, prima o poi, nel quale si conferma la diagnosi ed in cui il processo peridiaframmatico si propaga alla pleura, al peritoneo, od al polmone. Alcuni casi sono tuttavia di diagnosi molto difficile e necessitano l'impiego di tutti i mezzi di diagnosi: esame chimico e citologico dello stomaco, dell'intestino, del rene L'esame radioscopico è di una indispensabile necessità.

È impossibile pronunciarsi sulla frequenza della perifrenite: l'autore tuttavia tende a ritenere che in molti casi i dolori molto vaghi all'ipocondrio e certi disturbi addominali dei tubercolosi dipendano da questa causa. Occorre non più considerare la grande pleuroperitonite bacillare, essudativa o no, come la sola manifestazione di queste affezioni pleuro-peritoneali.

Certe perifreniti sono evidentemente curabili, ma altre possono, nel corso di mesi ed anni, progredire verso la pleura ed il peritoneo e trasformarsi in una affezione pleuro-peritoneale più diffusa, più tipica e più grave.

Fra i soldati malati, che sono sottoposti ai nostri esami e nei quali diagnostichiamo una semplice nevralgia intercostale od un dolore trascurabile, una dispepsia banale, od una enterite senza conseguenze, occorre sapere che un certo numero possono essere affetti da perifrenite, che evolverà senza dubbio un giorno, sotto l'influenza della fatica e del freddo, verso la pleurite, e la peritonite confermata.

P. C.

TERAPIA.

L'anestesia prolungata al cloruro d'etile nella pratica delle medicature estese.

(SAVARIAUD. *La Presse Médicale*, n. 6, 1916).

L'A. raccomanda l'uso dell'anestesia col cloruro di etile nelle medicature delle gravi lesioni dovute alle moderne armi da fuoco, e propone perciò un metodo semplice e pratico per ottenere l'anestesia. Egli pone sulla faccia del paziente una compressa di garza a 4 o 5 doppi, a protezione degli occhi. Copre la testa del paziente con un quadrato di tela impermeabile di 60 cm. di lato e in corrispondenza delle narici vi pratica un foro appena sufficiente pel pas-

saggio del tubo del cloruro di etile. La polverizzazione non avviene che quando il fondo del tubo viene alzato un pò al disopra dell'orizzontale.

L'evaporazione che avviene quando il fondo del tubo è portato al disotto dell'orizzontale è trascurabile.

L'A. afferma che con un tubo di 15 gr. di cloruro di etile si può ottenere un'anestesia di quindici minuti, con un secondo si prolunga di un altro quarto d'ora e questa può esser prolungata anche per un'ora in ragione di un centimetro cubo per ogni minuto d'anestesia.

Il segreto, egli aggiunge, consiste nel non lasciar respirare che pochissima aria, e a questo serve appunto la tela impermeabile che deve essere tanto grande da potersi ripiegare con i suoi quattro angoli dietro la testa del paziente.

D'ALESSANDRIA.

La medicatura ed il drenaggio alla paraffina.

Secondo il prof. A. Soresi (*Gazz. Osp. e Cliniche*, n. 93) i vantaggi di questa medicatura sono i seguenti: alla paraffina non aderiscono nè sangue, nè pus, nè tessuti granuleggianti, per cui essa si stacca dalla piaga completamente, senza causare nè dolore, nè la minima emorragia.

Anche il drenaggio, sia semplice, sia tubolare, alla paraffina, offre dei notevoli vantaggi; esso presenta una superficie irregolare e perfettamente liscia e negli intestizî, che si trovano fra di essa ed i tessuti, il pus può farsi strada liberamente, meglio che con l'uso della garza, la quale finisce per tamponare, anzichè drenare la ferita.

La medicatura si applica nel modo seguente. Si fa sciogliere la paraffina in un recipiente (bacinella fotografica) e vi si immerge per due terzi un pezzo di garza alquanto più larga della superficie da ricoprire, tenendo la garza con due dita, per la parte che non è immersa nella paraffina. Poi la si estrae lasciando scolare l'eccesso: quando la paraffina è alquanto consolidata, ma tuttora tiepida, si applica la garza sulla parte, ritagliandone i margini, in modo che non eccedano i limiti della piaga, che per qualche millimetro.

Il drenaggio semplice si prepara arrotolando un pezzo di garza rettangolare, immergendolo nella paraffina, e lasciandolo raffreddare. Lo si introduce poi dolcemente con le pinze. Se lo scolo è molto abbondante, si può usare il drenaggio tubolare, fatto con tubi di rete metallica fina, che si immergono nella paraffina stessa, lasciandoli raffreddare dopo estratti.

ini.

La prevenzione delle cicatrici deformanti in seguito a scottature.

Secondo C. A. Parker (*Journ. of Am. med. Association*, 19 agosto 1916) le ustioni degli arti e delle regioni che li uniscono al tronco, per quanto siano estese, debbono guarire senza deformità e con un buon funzionamento, purchè beninteso siano compatibili con la vita.

Tale scopo può essere raggiunto, mantenendo l'arto nella posizione desiderata, durante il processo di guarigione ed anche in seguito per un tempo sufficiente.

In generale le diverse articolazioni debbono venir tenute in estensione; nelle ustioni della regione ascellare il braccio va tenuto in abduzione; in quelle della fronte e dei lati del collo, si terrà il mento elevato. In tal modo verrebbe anche affrettato il processo di guarigione, impedendo, con i movimenti, delle eventuali lesioni al tessuto che si viene formando.

Il metodo dell'A. consiste nell'applicare delle liste di cerotto adesivo, incominciando dai margini dell'ustione e proseguendo in modo che le striscie si ricoprano ad embrice, fino a proteggere tutta la regione ustionata.

Sopra si mette della garza asciutta, da cambiarsi giornalmente, mentre il cerotto si cambia due o tre volte la settimana, o quando se ne verifichi il bisogno.

Ottenuta la guarigione cutanea, occorrerà portare, almeno durante la notte, un apparecchio che mantenga l'arto in posizione adatta, e ciò per un periodo di tempo abbastanza lungo (anche qualche mese).

ini.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

P. POU ORFILA. *Lógica y Pedagogia Médicas*, 2 vol. in-8° gr. di pagg. 333 e 338, con figure. Montevideo, Peña Hermanos, Impres., 1916.

L'A. si è proposto di illustrare i principî logici sui quali riposano le discipline mediche, corredando l'esposizione con esempi concreti. Egli mette in valore l'arte di osservare, base del sapere medico, vera logica dei sensi; sulle osservazioni grezze si adagiano le ipotesi, che vengono cimentate dagli esperimenti; su questo materiale ancora informe si elevano le vaste concezioni sintetiche, le teorie organiche, in trasformazione continua; esse, infine, consentono di trarre delle previsioni più o meno attendibili.

In questa concezione elaborata dall'A. il metodo induttivo s'integra col deduttivo e lo compenetra.

Tutto il meraviglioso lavorio scientifico viene

guidato e sorretto dal principio di causalità, che l'A. dimostra unificarsi con quello di condizionalità, bandito di recente e cui spetta unicamente il merito di aver fatto emergere la molteplicità delle cause.

L'A. indaga e precisa il compito delle definizioni, delle classificazioni e della statistica nell'agevolare la ricerca scientifica.

Egli infine mette ogni impegno nel rilevare il carattere di provvisorietà del sapere con tanta fatica conquistato; onde la necessità di guardarsi dalla falsa sicurezza cui conducono le teorie più accreditate: l'amore per la verità deve renderci disposti a tener sospesi i nostri giudizi, guardinghi nell'accogliere le conclusioni che paiono più evidenti, pronti a cambiare i convincimenti più radicati.

L'A. applica queste nozioni all'insegnamento. Fa valere l'importanza delle risorse atte ad agevolarlo ed a renderlo più efficiente: cattivare l'attenzione, schematizzare i fatti senza falsarli, applicare il metodo obbiettivo, ecc. L'insegnamento strettamente medico parte dal nosografismo e conduce al trattamento curativo e profilattico, scopo ultimo della medicina; ma se vuole emanciparsi dall'empirismo, deve educare a pensare anatomicamente, fisiologicamente, patogeneticamente, etiologicamente.

Nell'esemplificazione l'A. si riporta in specie, ma non in modo esclusivo, alla ginecologia ed all'ostetricia, da lui insegnate con molto plauso e successo nella Facoltà medica di Montevideo.

Sono scarsissimi i lavori di metodologia medica; eppure spetta ad essi un alto valore educativo, così dal lato scientifico come da quello pratico. In Italia ne vantiamo due pregevoli: l'uno è del Bottazzi, sul metodo sperimentale; l'altro è del Murri, sulla medicina clinica. Ricordiamo anche qualche buon articolo dell'amico Verney, su questioni d'indole generale.

Il lavoro che presentiamo è uno dei più completi ed organici che sia dato di leggere in questo campo. Esso tende a rafforzare il giudizio critico ed a vincere la tendenza, purtroppo connaturata in molti medici, alla passività, alla irriflessione, alla pigrizia intellettuale.

G. S.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(775) *Sull'orecchio musicale.* — Al dott. V. C. da M.:

Si vegga: R. Cecca, *Considerazioni intorno al così detto «orecchio musicale» basate sull'intima struttura del sistema nervoso centrale* (Arch. ital. di otologia, 1901-2, XII, 273).

Per questioni affini o collaterali alla facoltà di percepire e ritenere i suoni, l'intonazione, l'armonia, le frasi melodiche, vegga pure F. Torrefranca, *La vita musicale dello spirito* (Piccola Bibl. di Sc. moderne, Bocca, 1910) e il volume di Dupré e Nathan, *Le langage musical, Étude médico-psychologique*, Paris, Alcan, 1911; come anche sfogli le annate della *Rivista di Freniatria* del Tamburini.

Bilancioni.

(776) All'abbonato 7531, che chiede l'indicazione di un buon trattato di anatomia patologica, consigliamo quello del Banti in corso di pubblicazione presso la Soc. editrice libraria di Milano. Saranno tre volumi, di cui è ora uscito il primo (L. 20). Un trattato redatto per monografie da diversi autori sotto la direzione di L. Aschoff, è stato pubblicato dall'Unione tip. ed. torinese in due volumi, (L. 56). Come tecnica e diagnostica delle autopsie, riteniamo consigliabile il manuale di B. De Vecchi, un vol. di 750 pag. illustrato, F. Vallardi, Ed. Milano. L. 12.

Fil.

(777) All'abbonato n. 5767, che chiede di un manuale sulla cura della gotta, suggeriamo:

Dr. E. Lancereaux: *Traité de la Goutte*, Ed. Baillière et Fils, Rue Hautefeuille 9, Paris. L. 10.

Az.

VARIA

Un caso di "poligenia".

Il dott. H. Raymondaud riferisce nel «Paris Médical» del 16 dicembre 1916 il caso di una donna che, da 18 a 49 anni, ha avuto 35 parti, dei quali 32 normali e 3 aborti; sono attualmente vivi 8 maschi e 7 femmine; se non le fosse morto il 7° marito, avrebbe continuato a mettere alla luce altri figli, poichè è stata regolata fino a 60 anni... Nel primo parto venne assistita da un medico; poi, avendo «appreso come si faceva», non chiamò più nessuno presso di sè: l'indomani portava ella stessa il neonato a battesimo «nel suo grembiule».

Trovandosi incinta, per così dire, in stato permanente, non allattava i propri bambini se non al poppatoio; e non contenta di allattare la propria progenitura, ha esteso le sue cure a parecchi dei suoi nipoti e a parecchi trovatelli affidatile dall' «Assistenza pubblica».

Una lega per l'aumento delle nascite.

In Francia si è costituita una Lega, sotto la presidenza del dottor Paolo Bureau, professore alla Facoltà libera di diritto e alla Scuola di alti studi sociali di Parigi, per unire in azione concorde gli studiosi e gli statisti consapevoli del pericolo di depopolazione che ha sempre minacciato la Francia, e che la guerra ha reso più grave. Il quartier generale della Lega è a Parigi in Via Richelieu n. 85.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il Comitato Sanitario piemontese. — Sotto la presidenza del prof. cav. Boccasso, e coll'intervento del prof. Abba in rappresentanza del Sindaco di Torino, si è riunito il Comitato Sanitario piemontese di propaganda patriottica.

Discussi parecchi importanti argomenti di indole patriottica e sanitaria, vennero approvati i seguenti ordini del giorno, che furono trasmessi al Governo:

I. Il Comitato Sanitario piemontese di propaganda patriottica, udita la relazione intorno al lavoro che sta compiendo la Commissione per formulare in termini popolari e pratici una guida per la scelta dei cibi più adatti per comporre razioni economiche giornaliere fra quelli che si trovano oggi sul mercato ed in ragione al loro prezzo, delibera di dare a queste nozioni al più presto ampia diffusione e, intanto, fa voti perchè, coi mezzi coercitivi che il Governo stimerà più efficaci, venga limitato il consumo dell'alcool e dei preparativi zuccherini.

II. Il Comitato manda innanzi tutto un saluto doveroso e caldo di affetto alla memoria dei sanitari caduti, ed ai colleghi che nei reggimenti, nelle trincee, nei laboratori ed in tutti i vari ospedali compiono con alto sentimento di patriottismo e di umanità il loro dovere di soldati e di italiani; deplora che il Presidente dell'Associazione nazionale dei medici condotti e rappresentante degli Ordini dei medici nel Consiglio Sanitario Superiore, nonostante il suo contegno antipatriottico e settario che si trova in stridente contrasto colle aspirazioni e colle tendenze della grande maggioranza dei medici italiani, continui a conservare le sue cariche: fa voti perchè i sanitari tutti compresi dell'alta importanza del momento attuale, nel quale l'idea della Patria assurge ad una concezione superiore di difesa della civiltà e del liberalismo, trovino modo di essere uniti e compatti in rapporti continuati colla Direzione di questo Comitato, facciano opera di attiva propaganda presso il popolo per disporlo ai più gravi ed inevitabili sacrifizi tanto per la preparazione militare quanto per la civile, confortandolo a sottostare a tutte le sagge disposizioni che nell'interesse generale fossero prescritte dal Governo nazionale per l'economia dei consumi e per la eventuale coscrizione civile, animandolo colla parola e coll'esempio al desiderio, al bisogno, alla ferma volontà della vittoria completa, che valga a darci la Patria nei suoi confini naturali, la libertà e l'indipendenza assoluta e la sicurezza dell'avvenire.

III. Il Comitato sanitario piemontese fa voti perchè, nell'interesse finanziario-alimentare del Paese e per la profilassi della rabbia, sia applicata una tassa statale sui cani di ogni razza, inversamente proporzionale all'utile che essi rendono, nessuno escluso all'infuori di quelli che servono di guida ai ciechi.

IV. Il Comitato fa voti perchè il Governo riprenda in esame il progetto di legge da molti anni presentato, tendente alla coltivazione dell'Agro Romano ed in genere di tutti i terreni incolti, allo scopo di preparare una condizione economico-agraria in avvenire che prosciolga il paese dalla soggezione dall'estero in cui si trova per effetto dell'abbandono in cui è lasciata molta parte del suo fertile territorio.

Per l'indennità di guerra ai medici richiamati delle classi 1875-1870.

All'Ordine dei Medici di Firenze ed al Presidente della Sezione Fiorentina dei Medici Condotti, che si erano rivolti in proposito al Ministro della Guerra, questi ha dato la seguente risposta:

« In ordine a quanto viene riferito con la lettera sopradistinta, si premette che non è esatto, come in esso accennasi, che dall'indennità giornaliera di L. 5, stabilita pei medici chiamati alle armi in forza del decreto luogotenenziale 21 aprile 1916, n. 469, siano stati esclusi i medici nati negli anni 1875-1870 o avanti al 1870 che già trovavansi sotto le armi volontariamente allorchè fu emanato quel decreto.

« Sono stati invece esclusi soltanto i volontari nati prima del 1870, e quelli che, pure appartenendo alle classi 1875-1870, provenivano dai riformati.

« Ma l'esclusione è del tutto giustificata.

« Infatti l'indennità giornaliera di L. 5 pei medici chiamati alle armi in forza del decreto luogotenenziale 21 aprile 1916, n. 469, fu stabilita unicamente per compensare tali medici del danno arrecato ai loro interessi in conseguenza di quella chiamata obbligatoria straordinaria.

« Tenuto presente tale criterio informatore l'indennità è stata accordata ai medici nati negli anni 1875-1870 venuti alle armi volontariamente prima che fosse emanato il decreto luogotenenziale predetto, nella considerazione che, dopo tale decreto, essi sono ora non più in servizio volontario ma obbligatorio.

« Invece i provenienti dai riformati di quelle classi e gli appartenenti a classi anteriori al 1870, pure venuti alle armi volontariamente, si trovano in condizioni del tutto diverse perchè sono sempre in servizio volontario.

« Non è quindi possibile estendere loro la concessione invocata ».

Proroga dei decreti per la durata della guerra. — Fra le disposizioni prorogate per la durata della guerra , secondo un recente Decreto Luogotenenziale, sono:

1° Quelle del R. Decreto 25 maggio 1915, n. 767 relativo alla creazione della categoria di aspiranti medici da adibire a servizi professionali sanitari;

2° Del D. L. 12 settembre 1195, n. 1382, riguardante l'avanzamento dei militari delle compagnie di sanità provenienti dagli studenti universitari di medicina;

3° Quelle che provvedono a far rientrare in organico i capitani del Corpo Sanitario militare collocati fuori quadro a senso del Regio Decreto 13 maggio 1915, n. 321 (art. 1).

Vittoria di classe. — La G. P. A. di Novara annullava con sua recente decisione il licenziamento del dott. Savonarola Lizzini, deliberato dal Comune di Pallanza.

ATTI PARLAMENTARI.

Interrogazioni e interpellanze.

Dispense a medici in servizio militare. — All'on. Pietravalle i ministri della guerra e dell'interno hanno risposto in proposito:

« Il Governo si è sempre proposto di conciliare nel miglior modo possibile le esigenze sanitarie militari con quelle civili, come ne fanno fede il decreto luogotenenziale 21 aprile 1916, n. 469, che ha disimpegnato dal servizio militare i medici delle pubbliche amministrazioni dichiarati indispensabili pel servizio civile; ed il decreto luogotenenziale 12 novembre 1916, n. 1529, che coordina l'invio dei medici più giovani in zona di guerra con la restituzione, ove d'uopo, al servizio pubblico civile di altri sanitari.

« Per la pronta applicazione del primo decreto furono impartite istruzioni ai comandi, in forza delle quali si attuò la immediata dimissione dal servizio militare di tutti i medici che si trovano in possesso delle prescritte condizioni.

« Ed ora opportune direttive sono state prese di recente, d'accordo, dai ministri della guerra e dell'interno per l'esecuzione dell'ultimo decreto ».

Sullo stesso argomento all'on. Dore il ministro dell'interno ha risposto:

« In applicazione del decreto luogotenenziale 21 aprile 1916, n. 469, le Commissioni di cui all'articolo 6, distinguevano la idoneità dei medici al servizio militare a seconda che si trattava di servizi dipendenti da Armate, Corpi di armata e Divisioni mobilitate, oppure di servizi negli stabilimenti di riserva dipendenti dalle autorità territoriali. Gli idonei al servizio presso le unità mobilitate si distinguevano in idonei al servizio di prima o di seconda linea, secondo che potevano prestar servizio nei centri più o meno prossimi alla linea del fuoco; ma la idoneità ai soli servizi mobilitati di seconda linea era una sottospecie della idoneità alle fatiche di guerra, e quindi da contrapporre, non da confondere con la esclusiva attitudine ai servizi territoriali.

« Ad ogni modo ormai il sopravvenuto decreto 12 novembre 1916, n. 1529, chiama a prestar servizio senza eccezione presso l'esercito mobilitato tutti i medici delle classi giovani sino a quella del 1884 revocando esplicitamente tutte le dispense ed esonerazioni concesse in base alle disposizioni prima vigenti, comprese quelle del decreto 21 aprile 1916, n. 469, ed il Ministero della guerra pubblicherà quanto prima le norme per la chiara applicazione delle disposizioni ora in vigore ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6674). *Cassa pensioni.* — Dott. S. S. da M. — Il servizio prestato senza retribuzione non è calcolato come utile agli effetti della pensione e perciò non può essere riscattato. L'anno e i dieci mesi di servizio fatti con retribuzione possono, però, essere riscattati avendo Ella aderito alla Cassa fin dallo inizio. Per tale riscatto non occorre procedura speciale nè bisogna pagare. Esso si effettua di diritto all'atto della liquidazione della pensione esibendo la relativa deliberazione di nomina.

(6675). *Cumulo di stipendii dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. G. M. da M. — Effettivamente esiste un D. L. che vieta ai medici condotti, come a tutti gli altri impiegati comunali e governativi di cumulare lo stipendio militare e quello civile durante il tempo che prestano servizio militare. Se in qualche posto non si osserva tale norma e si commettano abusi a danno delle pubbliche amministrazioni sarebbe opera utile ed efficace informare del fatto le autorità di tutela delle amministrazioni stesse.

(6676). *Ufficiale sanitario - Aspettativa.* — Dott. E. R. N. — All'ufficiale sanitario non può competere aspettativa o congedo ordinario o straordinario per malattia, se l'una o l'altro non sia stato prevista dal regolamento di servizio redatto per tutta la Provincia dal Prefetto. In ogni caso vi deve essere la sostituzione di ufficiali sanitarii appartenenti a Comuni viciniori. Qualora il regolamento predetto non sia stato redatto può avanzare analoga domanda al Prefetto della Provincia che può provvedere in merito.

(6678). *Inscrizione alla Cassa Pensioni.* — Dott. A. S. R. da N. — L'articolo 2 della legge 2 dicembre 1909, n. 744, quando parla di *servizii anteriori,* si riferisce a quei servizii che possono essere riscattati e cioè, prestati da quelli che aderirono alla Cassa, a norma dell'articolo 28, prima della promulgazione della legge stessa. Per quelli che hanno servizii anteriori non riscattabili l'iscrizione alla Cassa è, pertanto, obbligatoria.

(6679). *Verifiche di referti.* — Dott. R. C. da M. — Non ci risulta l'esistenza delle circolari cui Ella allude nel quesito. Certamente la circolare non può modificare una legge e sarebbe bene che del fatto fosse informato il R. Procuratore, per prendere quei provvedimenti che egli ritenesse necessarii perchè le forme procedurali sieno rigorosamente osservate.

(6680). *Due mesi di stipendio - Promozione ad ufficiale.* — Dott. G. B. da C. — Con D. L. del 9 luglio 1916, n. 875, esteso agli impiegati comunali col successivo D. L. 10 agosto stesso anno, n. 1109, a tutti coloro che furono richiamati sotto le armi come soldati o caporali e che durante il servizio militare ottennero la nomina ad ufficiale, competono, oltre gli assegni militari relativi al nuovo grado, anche gli assegni civili per i primi due mesi dalla data della promozione al grado stesso.

(6681). *Esercizio professionale negli Stati Uniti di America.* — Dott. G. A. da Z. di G. — Negli Stati Uniti di America non si può esercitare liberamente la medicina senza esami nè diploma. Un professionista munito di laurea conseguita in una delle Università del Regno non potrebbe parimenti esercitare negli Stati Uniti, senza premunirsi dei titoli espressamente colà richiesti per l'esercizio professionale.

(6687) *Sessenni.* — Dott. A. P. da C. — Il primo aumento sessennale competerà col giorno 6 agosto dell'anno volgente, compiendosi solo allora sei anni dalla nomina consiliare. Il periodo di interinato, se vale per il compnmento del biennio di prova, non vale per la decorrenza del sessennio, perchè durante l'interinato il medico condotto non è impiegato comunale stabile ma assolutamente precario e temporaneo, e non può aspirare alla concessioine dei diritti, che agli impiegati regolarmente nominati, competono. Il visto prefettizio alle deliberazioni consiliari reppresenta un semplice riconoscimento della loro validità legale ma non le integrano e le rendono perfette come le approvazioni, che impartisce l'autorità tutoria. Le dette deliberazioni diventano, pertanto, esecutive dalla loro data e non da quella del visto.

(6688) *Trattamento economico dei richiamati sotto le armi.* — Dott. M. G. 4191 da M. — Il D. L. 9 luglio 1916, n. 875 reso applicabile anche agli impiegati comunali col successivo D. L. del 10 agosto stesso anno n. 1109, dispone che tutti coloro che si trovano in servizio militare volontario e cioè, che si trovino comunque sotto le armi, senza che vi sieno stati chiamati di autorità, sono da considerarsi come richiamati agli efftti del D. L. dell'11 luglio 1915, n. 1064. Tale Decreto fu reso applicabile agli impiegati comunali, compresi in pianta stabile col successivo D. L. del 31 agosto 1915, n. 1420. E con tale Decreto fu appunto stabilito che a detti funzionari compete la differenza fra lo stimpendio civile e quello militare, oltre a due mesi di stipendio della nomina di ufficiale, giusto quanto è previsto all'articolo 20 del testo unico 22 novembre 1908, n. 693.

(6689) *Pagamento di stipendio.* — Dott. O. M. da N. M. — Allorchè cumultivamente si presta servizio militare o servizio civile non si ha diritto che a riscuotere la sola differenza di assegno a carico della amministrazione comunale, altrimeti si violerebbero le disposizioni contenute nel D. L. dell'11 luglio 1915, n. 1064 reso applicabile agli impiegati comunali col successivo D. L. del 31 agosto stesso anno, n. 1420. Ella, però, potrebbe esimersi dal prestare il servizio civile. Crediamo doveroso soggiungere che a premiare la sua abnegazione per cui sostiene in vista dell'eccezionale bisogno un lavoro cui non sarebbe tenuto, l'amministrazione comunale potrebbe ben concederle una adeguata gratificazione.

(6690) *Esoneri dal servizio militare.* — Dott. A P. da Z. di G. — Non crediamo che si facciano pnù esoneri di all'articolo 6 del D. L. 21 aprile 1916 perchè detto articolo fu sostituito dal D. L. 12 novembre 1916, n. 1529 che, abolendo tutti gli esoneri precedentemente concessi ai medicinati dal 1884 in poi, determinò che nei posti, ove questi prestavano servizio fossero sostituiti da medici militari più anziani, possibilmente appartenenti alla amministrazione medesima. Il medico che sostituisce di autorità colui che va sotto le armi conserva la qualità di militare e continua a percepire le competenze del suo grado. A nostro avviso l'applicazione del precitato articolo 6 può solamente avvenire quando si sratti di medico dichiarato inabile ai lavori di guerra, che sia nato in anni anteriori al 1884 e che non sia stato sostituito sul da sanitario nato posteriormente al 1884. Naturaltmente ottenuto l'esonero e ritornato nel proprio paese, si perdono le competenze presenti e future inerenti alla qualità di militare.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. F. S. da M.: Il Decreto Luogotenenziale del 12 novembre, n. 1529, non fa alcuna eccezione o riserva per i medici che abbiano eventualmente già prestato servizio. Comunque se fra questi ve ne sono degli inabili alle fatiche di guerra, tale inabilità verrà apprezzata dall'apposita Commissione sanitaria di visita.

Al dott. T. T., zona di guerra:

La circolare n. 752 del G. M. del 1916 disciplina le norme che stabiliscono la identità di anzianità che debbono avere gli ufficiali di complemento con quelli effettivi onde conseguire la promozione.

Al dott. L. A. da C.:

Il collega per ciò che concerne la sua permanen-

za nel grado avsebbe già i titoli per la promozione a capitano, ma non può ancora esserlo perchè si deve ancora attendere la promozione degli ufficiali effettivi di pari anzianità che, come già si è ripetuto più volte, sono stati promossi fino all'anzianità del gennaio 1915.

Al dott. R. C. da L. P.:

Il collega non ha potuto percepire lo stipendio nei primi due mesi perchè era ancora in attesa di nomina.

All'atto del congedo non essendo l'infermità dipendente da cause di servizio non ha neppure diritto ad alcuna indennità.

Al dott. L. C., zona di guerra:

Qualunque altra questione è subordinata alle dimissioni che il collega dovrebbe presentare da ufficiale della Croce Rossa, dimissioni che ora non verrebbero accettate.

Al dott. V. S., T.:

Potrà conseguire la promozione solo quando saranno stati promossi gli ufficiali effettivi di pari anzianità, i quali per ora sono stati promossi fino al 1912.

Al dott. A. V., zona di guerra:

Sarà promosso insieme agli effettivi di pari anzianità le cui promozioni, per ora, sono giunte fino al gennaio 1915. M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Ordine della Corona d'Italia

Commendatore: prof. Eugenio Cassini, chirurgo primario negli Ospedali di Roma, di *motu proprio* di S. M. il Re, su proposta del Ministro della P. I. (Rallegramenti).

CONDOTTE E CONCORSI.

ROMA. *Croce Rossa Italiana.* — Il presidente generale della Croce Rossa Italiana, conte Della Somaglia, ha accordato un premio di lire quattromila da conferirsi nel concorso della protesi per mutilati, bandito dall'Istituto Rizzoli di Bologna all'autore dell'innovazione che migliorerà in modo pratico le condizioni del lavoro agricolo pei mutilati. Altri premi per lire mille ha accordato agli autori di memorie tendenti a diffondere fra i medici il migliore mezzo pratico ad evitare per quanto è possibile le mutilazioni.

Medico-chirurgo, trentanovenne, pratico condotte, esente militare, cerca interinato di una condotta, magari anche di due condotte, certa durata, condizioni soddisfacenti, anche regione montuosa. — Scrivere: Dott. Guido Demi, Chianciano (Siena).

Medico-chirurgo che ha occupato importante condotta cerca interinato in provincia di Roma. Rivolgersi dettagliando condizioni al sig. Luigi Pozzi, Via Sistina, 20. Roma.

NOTIZIE DIVERSE

La prolusione del prof. Silvagni.

L'11 corr. ebbe luogo alla Clinica Medica di Bologna la prolusione del prof. Luigi Silvagni, designato a succedere ad Augusto Murri quale incaricato dell'insegnamento.

La cerimonia accademica, alla quale volle presenziare lo stesso Murri, assunse un carattere eccezionale di gentilezza e di solennità.

Erano presenti autorevoli personalità cittadine ed una numerosa schiera di studenti.

Prima che il prof. Silvagni iniziasse il suo discorso, portarono un saluto augurale al maestro e al discepolo il dott. Eolo Camporesi di Forlì, a nome dell'Ordine dei Medici della sua Provincia, lo studente Bonetti, a nome dei compagni della Facoltà, e l'on. Brunelli, presidente dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti.

Il prof. Silvagni ha manifestato la sua gratitudine alla Facoltà che volle conferirgli l'incarico dell'insegnamento clinico e, pur dichiarando ch'egli non è e non presume di essere il successore di Augusto Murri, ha rilevato che la Clinica medica nostra non conosce nè gerarchie nè precedenze, aggiungendo che egli e i suoi successori, uniti nel medesimo pensiero e nel medesimo sentimento, proseguiranno l'opera condotta finora sotto una guida così illuminata e sicura.

Il prof. Silvagni ha poi pronunziato un nobile discorso, attestazione di affetto e di riconoscenza al Maestro, e dimostrazione degli intendimenti e del metodo clinico seguito per 40 anni nella scuola di Augusto Murri.

Questa dimostrazione è stata fatta in base ai richiami dell'opera scientifica di Augusto Murri.

Dopo aver illustrato le conquiste scientifiche italiane dovute all'alto intelletto di Maurizio Bufalini, che precorse di quarant'anni gli stranieri, il prof. Silvagni ha riassunta l'opera di Augusto Murri, cantinuatore ed erede del sommo cesenate. Ha dimostrato la superiorità del metodo induttivo su quello deduttivo ed ha affermato la continuità della scuola che ha formato la gloria della Facoltà medica di Bologna.

Esemplificando, ha fatto alcuni rilievi clinici sopra le manifestazioni morbose attinenti alla medicina osservate dall'oratore nei soldati reduci dalla guerra. Il che gli ha porto l'occasione di ricordare l'opera dei medici nella nostra guerra, di rivolgere un saluto ai medici stessi e agli studenti caduti, ed a quelli che si trovano nell'esercito combattente, i quali vedranno la realizzazione della visione Carducciana della vittoria dell'Italia sulle Alpi nostre.

Ha concluso protestando la sua filiale devozione al prof. Murri e il suo paterno affetto per gli allievi della Scuola.

Rassegna della stampa medica.

Pathologica, 15 ott. GABBI: Filariosi e bilharziosi in Italia.
The Boston Med. a. Surg. Journal, 28 sett. Numero sulle fratture. — 5 ott. MC CRUDDEN: Insufficienza di ossigeno quale fattore di malattie.
Bull. Johns Hopkins Hosp., ott. RIGGS: Trattamento della nevrastenia. — TAYLOR: Sulla gangrena gassosa.
Surg., Gyn. a. Obst., ott. THOMAS: Diverticoli della vescica urinaria. — STEIN: Gangrena puerperale delle estremità. — CHARLSON: Cystitis senilis feminarum.
Gazz. d. Osp. e d. Clin., 19 ott. NICOLI: Erpes zoster consecutivo a vaccinazione antitifica.
Riv. crit. di Clin. Med., 21 ott. DE SANDRO: Tre nuovi segni della sciatica.
Paris Méd., 21 ott. DEMOLON: Diagnosi di laboratorio delle infezioni tifoidi. — SANCEY: I patofili.
Ann. di Med. Nav. e Col. lug.-ag. VACCARI: Autonominazione graduale dei lembi secondo Ceci. — MARANTONIO: Ventilazione e ricambio dell'aria in un sommergibile.
La Presse Méd., 19 ott. NOBÉCOURT e PEYRE: Il liquido cefalo-rachideo nelle meningiti da meningococchi. — LOEPER: Reazione surrenale e vaccinazione antitifica.
The Lancet, 21 ott. BRUN: Lo spirito della medicina.
La Rif. Medica, 23 ott. FITTIPALDI: L'ossaluria non è una malattia del ricambio.
Revue Neurol., ag.-sett. MARIE e FOIX: Sincinesia degli emiplegici. — AUSTREGESITO e TEIXEIRA-MENDES: Associazione dei riflessi (sinriflessie).
Il Morgagni (Arch.), 30 sett. PELLERINI: Sulle lesioni anatomo-patologiche da gaz asfissianti.
The Journal of exper. Med., 1 ott. BLAKE: Formazione di metaemoglobina da *Streptococcus viridans*. — MANN: Ulcera gastrica da adrenalectomia. — KOLMER e BROADWELL: Agglutinazione di *Treponema pallidum* nella sifilide umana.
L'Assistenza dei Minorenni Anormali, sett.-ott. MONTESANO G.: Ortofrenia ed eugenica.
Boll. d. Mal. dell'Orecchio, ecc., ott. RUGANI: Afasia transitoria nel decorso di alcune malattie acute.
Anales del Dep. Nac. de Higiene, ag. PENNA: Il problema della tubercolosi.
Gazz. d. Osp. e d. Clin., 22 ott. FARMACHIDIS: Osservazioni refrattometriche nella infezione tifoide. — 26 ott. SECCHIERI: La termo-foto-cromoterapia delle congelazioni di 3° grado dei soldati.
Bull. d. Sc. Med., ott. RUGGI: Ferita del fegato da arma da fuoco. — DE NAPOLI: Pemphigus castrensis?
Medical Record, 7 ott. MINOR: Il problema del riposo e del lavoro nella cura dei tubercolotici.
The Journal Am. Med. ass., 7 ott. MARCOE: Le posizioni in ostretricia. — MC CRAE e FUNK: Bronchiectasie.
Archives of Radiol. ecc., ott. PIRIE: Localizzazione dei proiettili.
Bull. Ac. de Méd., 17 ott. MARFAN: Igiene dell'infanzia. — GAUCHER, PINARD: La sifilide senza ulcera nella donna.
Rev. Méd. de la Suisse Rom., 20 ott. STEINER: Tubercolosi e sole tropicale.
La Presse Méd., 23 ott. LANDRY e SOULO: Saggio dottrinale sull'anafilassi.
Paris Médical, 28 ott. RICHET jun.: Enteriti coleriformi. — LATASTE: Trattamento di ferite articolari. — ROUGET e CHENET: Costrizione delle mascelle.
Le Bull. Méd., 28 ott. QUÉNU: Le ferite dell'addome.
Arch. d. Mal. du cœur ecc., ott. PLETENEW: Sull'origine dell'aritmia extrasistolica.
The Americ. Journal of the Med. Sc., ott. FORDYCE, SWIFT, WARTHIN, WEEDER: Sulla sifilide. — COLEMAN: Azione espettorante del cloruro d'ammonio. — HEAD: Un tipo clinico di tubercolosi latente.
Il Cesalpino, 15 ott. CIAMPOLINI: L'infezione delle ferite e la legge degli infortuni sul lavoro.

Il nostro illustre amico prof. Riccardo Della Vedova ha avuto la sventura di perdere l'adorata madre Antonietta.

Gli facciamo le nostre più sentite condoglianze.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, resp.

Anno XXIV. Roma, 28 gennaio 1917 Fasc. 5.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALETTO DA CAMPO N. 60.

Sul trattamento dei fratturati in guerra.

Prof. LORENZO CHERUBINI
Capitano Medico, direttore.

Mi sia permesso tornare ancora sull'argomento delle fratture in guerra, sia pure con la certezza di ripetere quanto chirurgi valenti hanno descritto; perchè leggendo gli articoli e le monografie sull'argomento e sopra tutto vedendo quello che si fa in molte unità sanitarie di 1ª e 2ª linea, ho avuto l'impressione che ancora molti buoni principî generali non hanno avuto tutta l'applicazione che meritano.

L'argomento intanto è d'importanza grandissima, non solo ai fini dell'opera chirurgica per i nostri feriti, quanto per le conseguenze gravi ed enormi che le fratture possono avere per i feriti, per le loro famiglie e per la Nazione.

Ho veduto con piacere che è stato affrontato sulle pubblicazioni scientifiche e nelle applicazioni pratiche (Ambulanze chirurgiche) il problema delle ferite penetranti in cavità; confesso francamente però che la quistione delle fratture per la gravità e per le conseguenze non è meno importante.

La ferita penetrante intanto è qualche cosa che non ha soluzione intermedia: per essa in genere il ferito o muore, o guarisce perfettamente; non c'è la situazione intermedia riservata ai fratturati: dolorosa ad essi, alle loro famiglie, costosa per lo Stato, quella dei mutilati o degli storpi.

Fatta eccezione dei cranici nei quali l'intervento ha sempre risultati tanto buoni, i toracici che hanno la fortuna di non rimanere sulla trincea o sul posto di medicazione, guariscono quasi senza eccezione, senza alcuno intervento; agli spinali, che per fortuna sono pochi, è riservata di solito una sorte molto triste che l'intervento attenua di ben poco. Resta la questione degli addominali, ma anche su questi l'intervento chirurgico sistematico sembra avere abbassato di molto poco, di troppo poco la percentuale della mortalità. È fuori di dubbio che se si potesse intervenire subito dopo la ferita. se il trasporto all'ospedaletto o all'ambulanza chirurgica fosse oltre che rapidissimo, privo di scosse, i risultati sarebbero migliori, ma siccome queste difficoltà, specialmente nella guerra in montagna, non mancheranno mai, così i risultati saranno sempre molto discutibili.

Ho l'opinione che se buona parte delle energie chirurgiche della nazione fosse rivolta fin dal primo momento ai fratturati, se ad essi

anche le ambulanze chirurgiche, che costano tanto, che hanno un lusso sproporzionato di uomini, materiale, apparecchi, ecc., aprissero le loro porte anche a questo genere di lesione, sono certo, dico, che i mutilati e gli storpi sarebbero in numor minore.

In attesa che il consulente chirurgo di questa Armata, prof. Montenovesi, metta in attuazione i suoi concetti molto razionali di modificazione dell'opera chirurgica di 1ª linea, fino ad ora i fratturati dal posto di medicazione dove hanno una cura molto sommaria e molto provvisoria. raggiungono la Sezione di Sanità dove di solito la fasciatura non viene rimossa. Nel posto di medicazione o nella sezione, con la fasciatura si applica una stecca per immobilizzazione provvisoria. Questa talvolta è ben lontana dal raggiungere lo scopo; spesso è corta e non è raro vedere fratture del femore *immobilizzate* con una stecca lunga quanto la coscia e quindi non immobilizzante nè l'articolazione del ginocchio, nè quella dell'anca. Spesso le docce di rete metallica sono troppo malleabili per immobilizzare, o quelle di cartone troppo poco adattate alle misure dell'arto per raggiungere lo scopo. Magari se nelle fratture del femore si applicasse sempre una stecca di Mac Ewen.

Dalla sezione il fratturato giunge all'ospedaletto da campo.

Per l'interesse che mi ha sempre destato queste genere di lesioni fin dal principio della guerra; per aver avuto occasione di occuparmene su larga scala essendo da molti mesi quest'ospedaletto primo sulla via di sgombero dalla linea di combattimento e quindi nelle migliori condizioni per poter osservare al più presto i fratturati nelle più svariate condizioni generali, e di lesione, mi sono fatto la convinzione che dai metodi di cura applicati precocemente spesso dipende la sorte dell'arto se non del ferito.

Nella sola seconda metà del mese di luglio ho avuto occasione di ospitalizzare 35 fratture di femore, di cui 1 bilaterale, oltre ad altre numerose della gamba e dell'arto superiore.

Le fratture da arma da fuoco, per essere sempre esposte, costituiscono sempre un trauma di una certa gravità. La frattura è quasi senza eccezione multipla, il più delle volte, comminuta; non di rado o per fenomeni di scoppio, o per azione delle schegge ossee che agiscono come da proiettile, il forame di uscita è ampio, squarciato, a margini laceri da cui fanno ernia dei ventri muscolari e grumi di sangue.

Non di rado il fratturato giunge all'ospedaletto molto anemizzato, e peggio ancora, talvolta sono evidenti e minacciosi i segni di schok: ho veduto soccombere in poche ore due fratturati (uno del femore ed uno dell'avambraccio) appunto in queste condizioni.

Scomparso, quando vi è, questo pericolo, il che avviene di solito in uno spazio di tempo molto breve, occorre eliminare ad attenuare le complicazioni più o meno gravi che possono verificarsi e mettere la ferita nelle migliori condizioni per favorire il consolidamento dell'osso.

L'amico Pieri nel suo magnifico lavoro sull'argomento, spera che al posto di medicazione si possono applicare degli apparecchi gessati sia pure a ferule: non so che cosa accade sugli altri settori del fronte; ma non ho mai avuto tale fortuna, non solo, ma non sono riuscito mai ad avere un fratturato con i peli rasi intorno alla ferita e non ho mai veduto un Mac Ewen applicato. Questo steccone e molti altri del genere, prima non facevano parte del materiale di caricamento e solamente adesso vengono inviati in alcuni posti di medicazione. Del resto se si pensa in quali condizioni di lavoro vengono a trovarsi i nostri colleghi dei reggimenti; se si pensa che il loro lavoro è per forza di cose non continuo ma a getti e febbrile, ci si persuade subito quanto sarebbe difficile se non impossibile fare qualche cosa di più di una semplice fasciatura, l'applicazione di un laccio emostatico e l'invio più rapido possibile del fratturato all'ospedaletto più vicino. Praticata quindi la comune toletta della ferita e, quando necessita, messo il ferito in buone condizioni generali, due problemi s'impongono subito per la loro soluzione:

1° il trattamento chirurgico della ferita;

2° l'immobilizzazione.

Sul 1° alla stregua dei fatti i miei concetti si sono radicalmente modificati: in principio sbrigliavo solamente le fratture di schegge di proiettile di artiglieria o da bomba a mano, lasciavo quelle di fucile o mitragliatrice trasfosse; ed anche in quelle in cui il proiettile era ritenuto nei tessuti, attendevo l'iniziarsi di fenomeni reattivi generali e locali (febbre, segni di flogosi) prima d'intervenire, asportando il proiettile ed aprendo largamente delle vie di uscita al pus. Alcuni inconvenienti mi fecero modificare queste direttive. Applicai un apparecchio gessato completo definitivo ad un fratturato di femore al 15° giorno della ferita, quando il decorso assolutamente e sempre apirettico e la mancanza pure assoluta di ogni reazione locale mi fecero ritenere la ferita asettica (era stata prodotta da fucile ed era tra-

sfossa) e lo sgombrai al 18° giorno su un grande ospedale di concentramento. Or bene, al 20° giorno in quest'ospedale insorse febbre alta e dolore, fu tolto l'apparecchio, e l'intervento fece trovare una sepsi che si era tenuta sopita per tanto tempo.

Ho veduto quasi senza eccezione suppurare decine di fratture: ho veduto in qualche sbrigliamento tardivo che il pus si era infiltrato a distanza della ferita, e ho constatato che anche nelle armi portatili, fucile e mitragliatrice, o per alterazione del proiettile (ho una vera collezione di tali proiettili in cui la camicia è completamente o parzialmente distaccata dal piombo) o per diversa qualità di materiale esplosivo adoperato ora dal nostro nemico, la sepsi non manca che eccezionalmente.

Per questi fatti osservati su scala più vasta in un grande ospedale di concentramento dai proff. Montenovesi e Giannuzzi, ultimamente, ho creduto miglior partito sbrigliare subito e generosamente questo genere di ferite.

Per lo sbrigliamento, più che il tramite percorso dal proiettile, seguo le regioni meno importanti rispetto ai nervi ed ai vasi e nello stesso tempo tali da favorire più facilmente il deflusso del pus; così ad esempio nelle fratture del femore, salvo casi obbligati, ho scelto le regioni posteriore ed esterna. Naturalmente con lo sbrigliamento si allontanano oltre che i corpi estranei (proiettili, brandelli di vestito) anche i coaguli di sangue, le schegge ossee minute separate dai frammenti principali. La sutura metallica purtroppo si può applicare in un numero limitato di casi: ci devono essere condizioni favorevoli dei frammenti e della ferita. Eseguito lo sbrigliamento s'impone il secondo problema praticamente più difficile del primo, che è quello dell'immobilizzazione.

Tutti gli apparecchi per immobilizzare sia provvisoriamente che definitivamente gli arti fratturati, dai più semplici, come le stecche, gli stecconi, le ferule, ai più complessi come gli apparecchi gessati completi e definitivi, gli apparecchi a trazione che rispondono tanto bene nelle fratture semplici, nelle fratture da guerra sempre esposte e quasi senza eccezione con ferite ampie e settiche trovano nell'attuazione ostacoli non lievi.

Per le fratture dell'arto superiore può eccezionalmente essere sufficiente un apparecchio gessato finestrato; si deve trattare di ferite piccole secernenti poco pus. In questi casi per avere la finestratura più che l'artificio di segnare sull'arto omologo con lapis dermografico, la sede precisa, l'ampiezza della ferita, ho trovato più utile lasciare la finestra mentre faccio l'apparecchio: raggiungo questo scopo cucendo a cerchio un nastro di cartone largo 5 o 6 centimetri, a cui poi dò una disposizione più o meno ovale lungo l'asse dell'arto, l'applico intorno alla ferita legandolo all'arto con uno o due fili, ricopro la ferita con garza sterile e faccio l'apparecchio passando le fasce gessate sempre intorno all'ovale di cartone. Questo si toglie ad apparecchio finito, rimane così libero lo spazio desiderato per dominare e medicare la ferita.

Ripeto però che questi apparecchi finestrati si possono applicare solo in un numero molto limitato di casi; nella massima parte quello che risponde meglio è l'apparecchio ad ansa; esso lascia scoperta tutta una sezione dell'arto e permette di vedere bene la regione ammalata e di medicare le ferite (fig. 1).

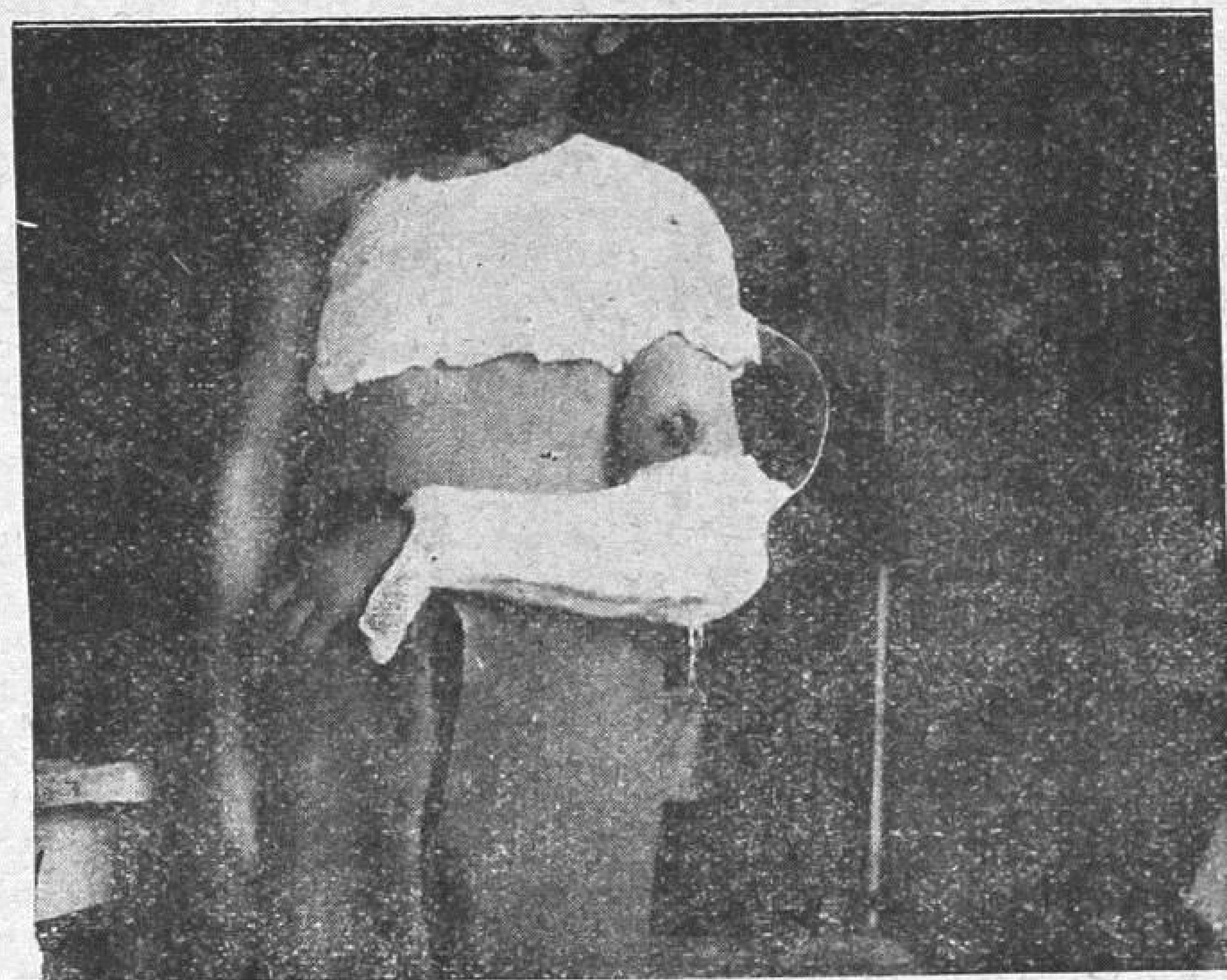


Fig .1.

L'ansa che meglio mi ha risposto è quella a sezione di cerchio in ferro; stagnato nella parte scoperta per evitare lo sporco della ruggine.

Le altre specie di anse a cemento o gesso e rete metallica sono molto meno adatte allo scopo; infatti con quella in ferro si ha la possibilità, previo controllo radiografico, di correggere le piccole deviazioni dell'asse dell'arto facendo uso di 2 tenaglie o chiavi inglesi. Le altre anse per la loro rigidità non permetterebbero queste correzioni.

L'ansa l'ho applicata di solito unica, ma talvolta doppia, quando cioè la frattura era molto alta (in un omero); in essa la seconda ansa serve di appoggio e di sostegno del braccio ed è applicata tra il busto di gesso del torace e l'avambraccio. Il ferito da quest'ospedaletto andò in un ospedale del Piemonte, poi a Gae-

ta, mantenendo il suo apparecchio senza alcun disturbo anche durante i viaggi, fino a guarigione definitiva.

Per le fratture dell'avambraccio se di un solo osso è sufficiente una semplice stecca purchè si abbia la solita cura di applicarla e fasciare in modo che le ossa siano parallele.

Per le fratture della gamba ho trovato il vecchio sculteto ottimo per tutto il primo periodo della ferita, quando cioè da essa geme molto

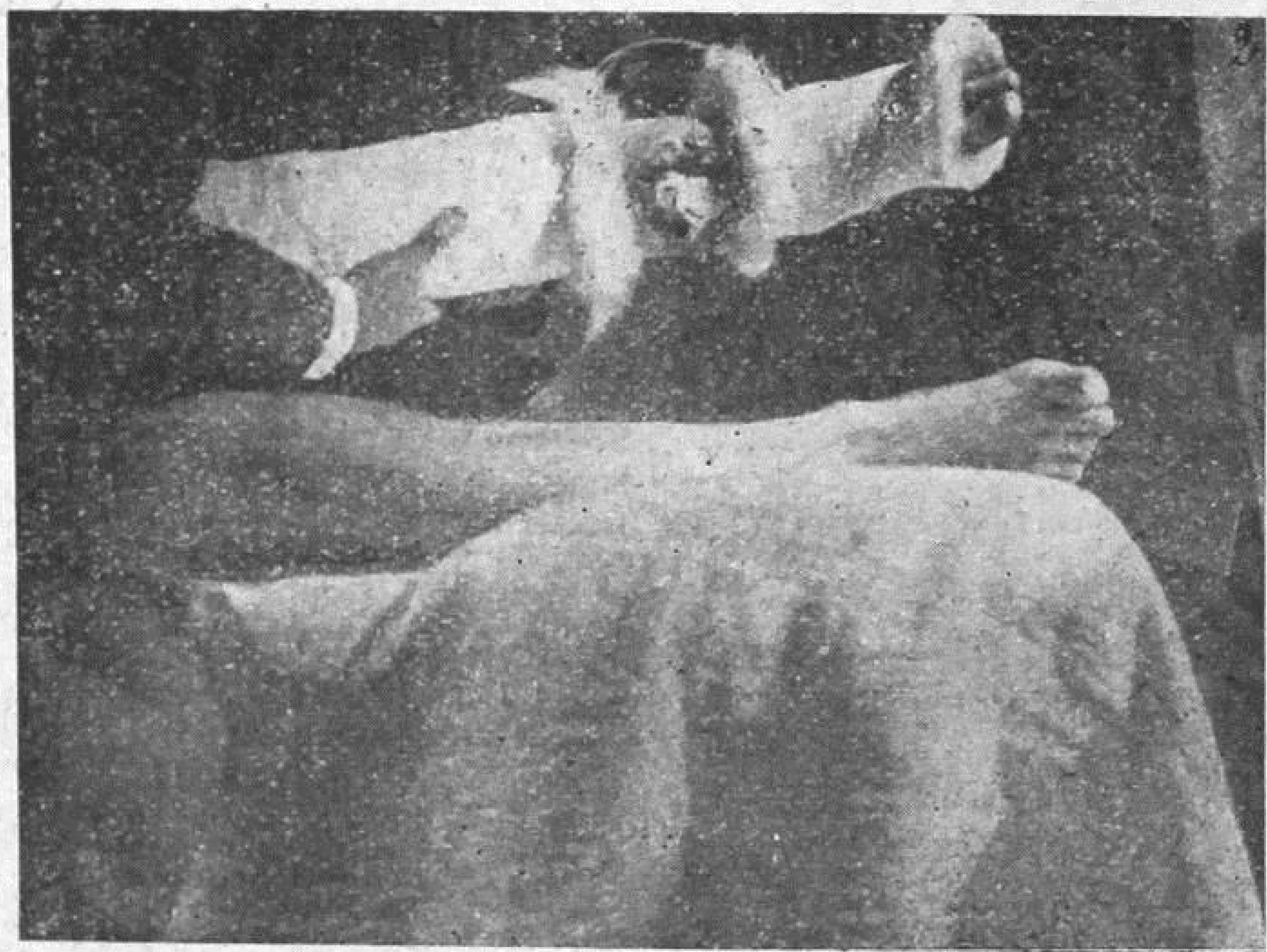


Fig. 2.

pus e quando la reazione locale è vivace e c'è la febbre, ecc., con lo sculteto anche se la frattura è completa, facendo tenere la gamba da infermieri adatti, si riesce senza far soffrire troppo il ferito a medicarlo per una dozzina di giorni; appena però la reazione è in diminuzione, si può applicare un apparecchio ad ansa che pure risponde benissimo (fig. 2).

Ho la tendenza di applicare gli apparecchi ad ansa o finestrati non subito, per salvare il più possibile anche la parte estetica della chirurgia; fa così brutto vedere il gesso sporco di pus o di sangue e l'ovatta dell'apparecchio impregnata di questo materiale. È conveniente perciò che le anse siano lunghe ed oltrepassino con una certa possibile generosità le estremità delle ferite per evitare tali inconvenienti.

L'apparecchio ad ansa può anche essere prezioso in alcune speciali sedi di frattura del femore. Così a desempio mi servì benjssimo in una frattura del collo del femore accompagnata da frattura dell'osso iliaco; il proiettile entrando dall'alto in corrispondenza della cresta iliaca (qualche centimetro posteriormente alla spina iliaca a. s.) fratturò comminutamente l'ala dell'osso, fratturò il femore poco sotto il collo anatomico e rimase affondato nelle masse muscolari della regione interna della radice della coscia. Per l'infezione che seguì subito fui costretto a sbrigliare ampiamente in alto verso il foro d'entrata, all'interno della coscia e verso la piega della natica. Per il genere di frattura sarebbe stata ottima l'applicazione di una trazione, ma non riuscivo a dominare e medicare convenientemente le ferite. Feci costruire quindi una grande ansa larga in alto per applicarla alla base del torace e lunga fino al piede ed immobilizzai così la frattura fra un busto gessato e la ingessatura di tutto l'arto inferiore immediatamente al di sotto delle ferite fino al piede (fig. 3). Era così possibile spostare il ferito fuori della tavola di medicazione od anche sul fianco per poterlo medicare senza che i frammenti ossei perdessero i loro rapporti e quindi senza che il ferito ne soffrisse. Il ferito fu inviato in un ospedale di 2ª linea al 35° giorno in ottime condizioni generali e delle ferite. So che trasferito successivamente in ospedale territoriale tenne l'apparecchio fino a guarigione completa.

Abitualmente applico questi apparecchi ad ansa sotto narcosi facendo uso nei casi di frattura del femore di un sistema di sostegno del bacino di estensione e contro estensione molto semplice e molto pratico ideato dal Capitano Dott. Ignazio Pagano.

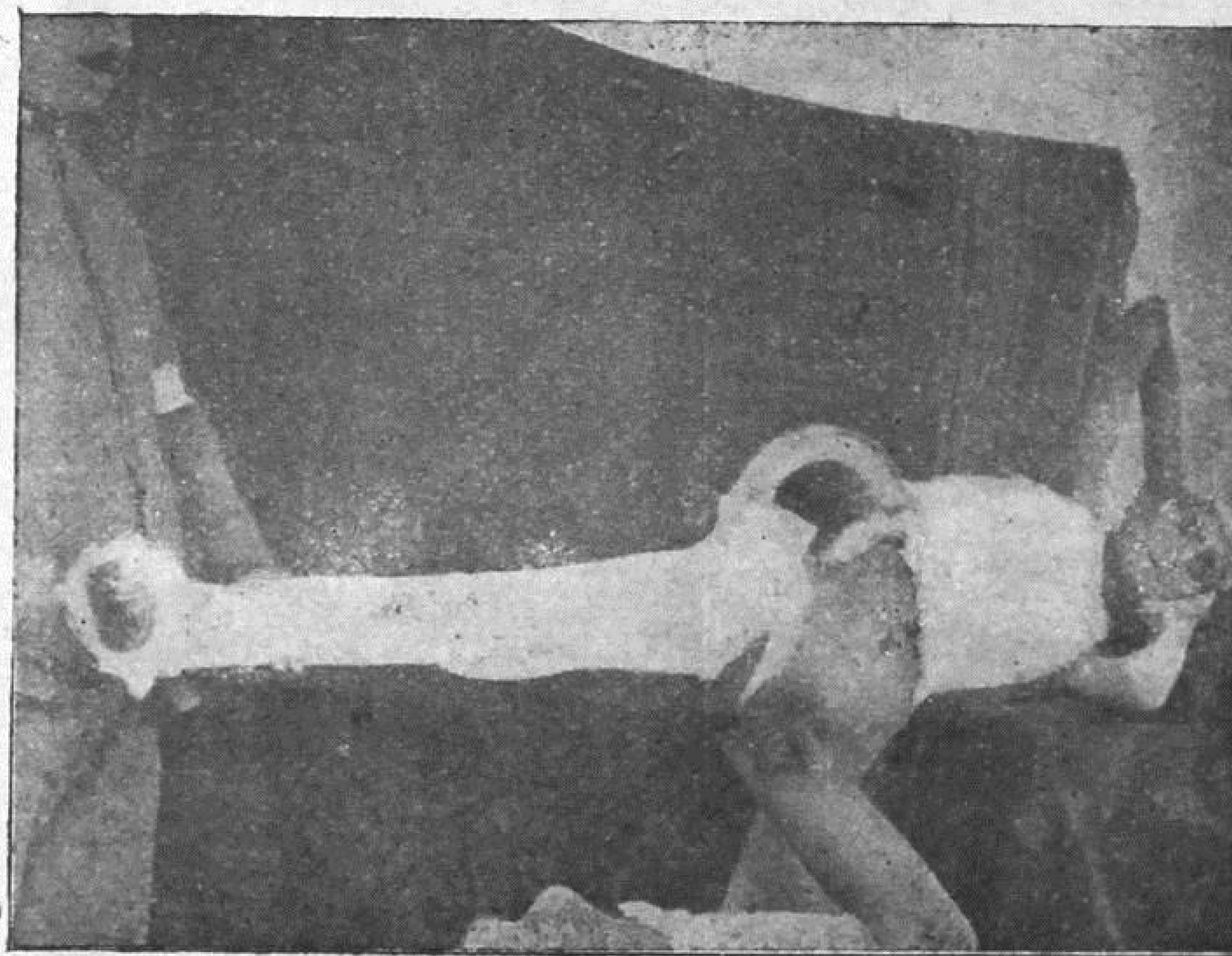


Fig. 3.

Il reggibacino (fig. 4) viene fissato all'orlo del tavolo di medicatura, il fratturato poggia comodamente il bacino sul piatto superiore in lamiera sottile tanto da non disturbare la gessatura: l'asta verticale rotonda imbottita opportunamente fa da punto di arresto sul perineo: si applica al piede una staffa di tela resistente a due anse e nei quattro capi vengono fissate ad una tavoletta (fig. 5): a questa si attacca una carrucola, un'altra carrucola è fissata al muro: per queste due carrucole passa

una cordicella di cui un capo si fa passare per una terza carrucola attaccata all'altro capo

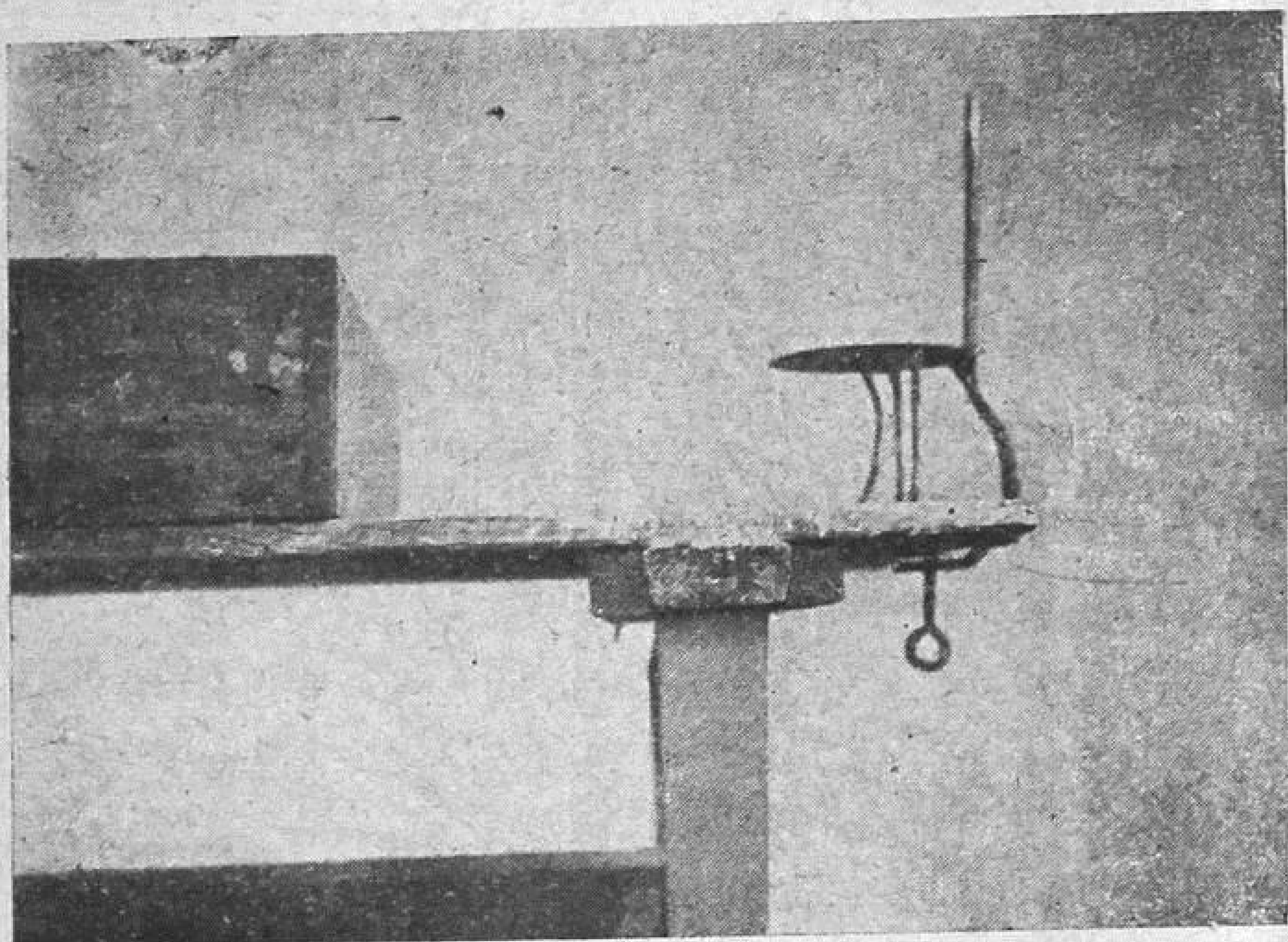


Fig. 4.

della cordicella medesima; a questo modo tirando il capo libero di quest'ultima si ottiene, per facile scorrevolezza e senza spostare il tavolo o il fratturato, la trazione fino al punto opportuno; è un sistema che mi ha risposto molto bene.

Un altro piccolo ripiego che mi serve molto bene per tutti i feriti ed in special modo pei fratturati, è l'uso di una barella rigida in legno, invece di tutte le altre comuni barelle ed i carrelli-lettiga dei grandi ospedali. La barella in legno verniciato ha il vantaggio di risparmiare al ferito le scosse inevitabili perchè viene medicato su di essa adagiata sul tavolo di medicazione; essendo priva di bordi e non avval-

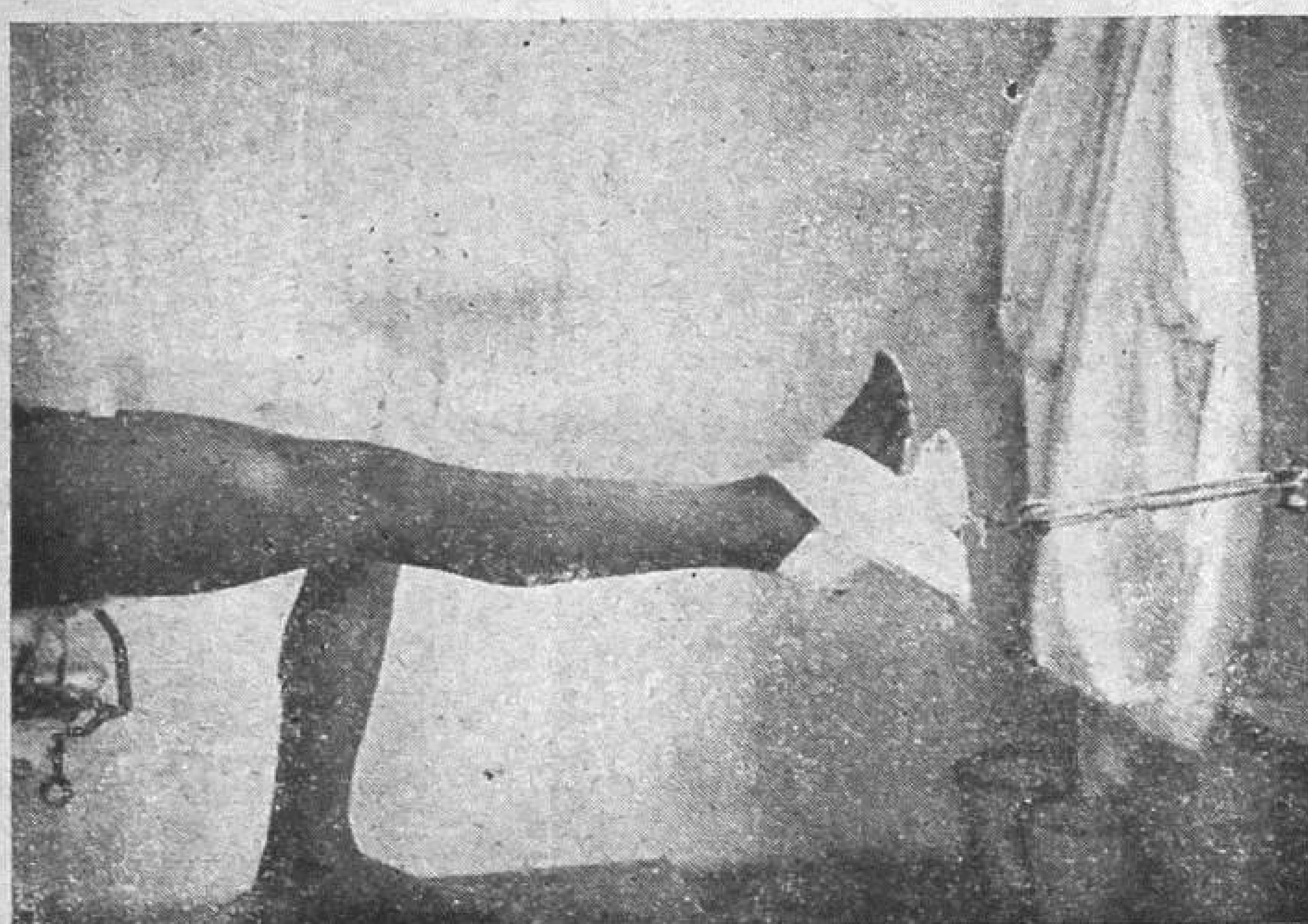


Fig. 5.

lata come quelle in tela, è possibile evitare buona parte dei movimenti che richiede lo spostamento del ferito e che riescono di solito tanto dolorosi; dopo applicato l'apparecchio gessato, l'infermo può stare tutto il tempo necessario per la consolidazione sulla barella, che viene messa sul suo letto, evitando i movimenti o posizioni che tendono a deformare l'apparecchio stesso. È inutile dire che essendo il legno verniciato, la barella si lava e disinfetta volta per volta e si rinnova quando diviene molto sudicia.

Quando però la frattura del femore è più grave e cioè accompagnata da ferite estese e numerose, specialmente se situate ad altezze diverse, e la quantità del pus è molto notevole, ho fatto uso per il primo periodo della cura di sistemi di trazione e d'immobilizzazione che mi hanno risposto molto meglio dell'ansa.

Ho fatto costruire un letto alto un metro, rialzato verso i piedi per fare la contro estensione con il peso del corpo, ed applicando ad

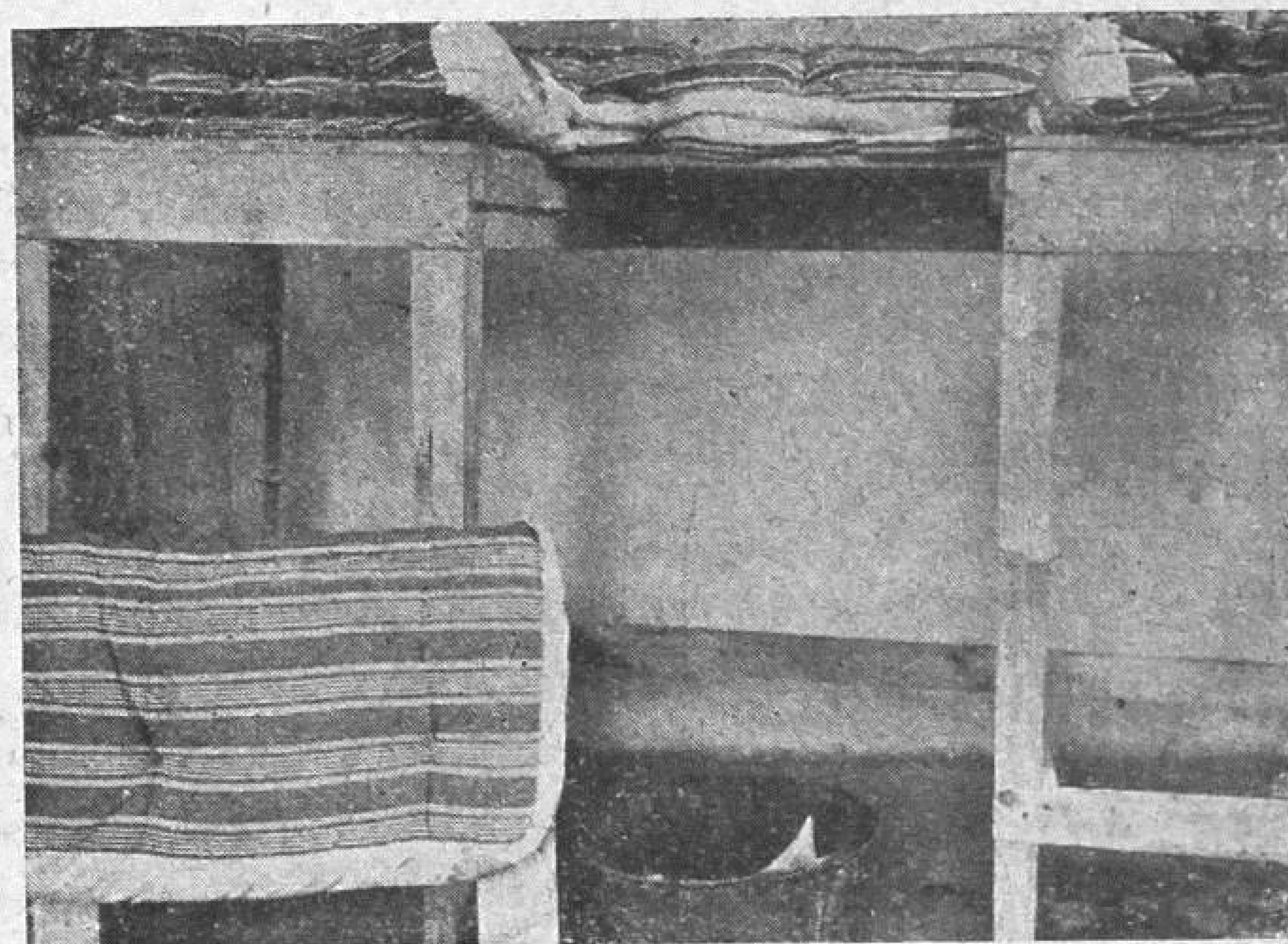


Fig. 6.

esso un tiraggio per l'estensione (fig. 6). Il letto ha la particolarità di essere interrotto a volontà presso a poco per tutta la lunghezza della coscia fratturata. L'asse dell'osso mantenuto rigido dalla trazione permette quando si deve praticare la medicatura, di sfilare il tratto mobile col relativo materasso (fig. 7); rimane così scoperto il tratto di coscia necessario per dominare e medicare le ferite. L'altezza del letto è regolata in modo che riesca facile e comoda la medicatura (fig. 8).

Un'altro sistema che risponde ancora meglio è l'applicazione della trazione angolare (fig. 9). Fu lo Zuppinger il primo a divulgare il concetto che la trazione in semiflessione angolare è quella ideale per il consolidamento delle fratture, perchè *solamente* in essa si ha il rilasciamento completo di tutti i muscoli e quindi il riposo delle leve.

Il Freischütz applicò il sistema su larghissima scala nell'ultima guerra balcanica con risultati veramente inaspettati.

La trazione angolare si presta assai bene per

le fratture basse del femore; essendo la coscia sollevata dal piano del letto, vi è tutta la possibilità di lasciare libera la regione da medicare.

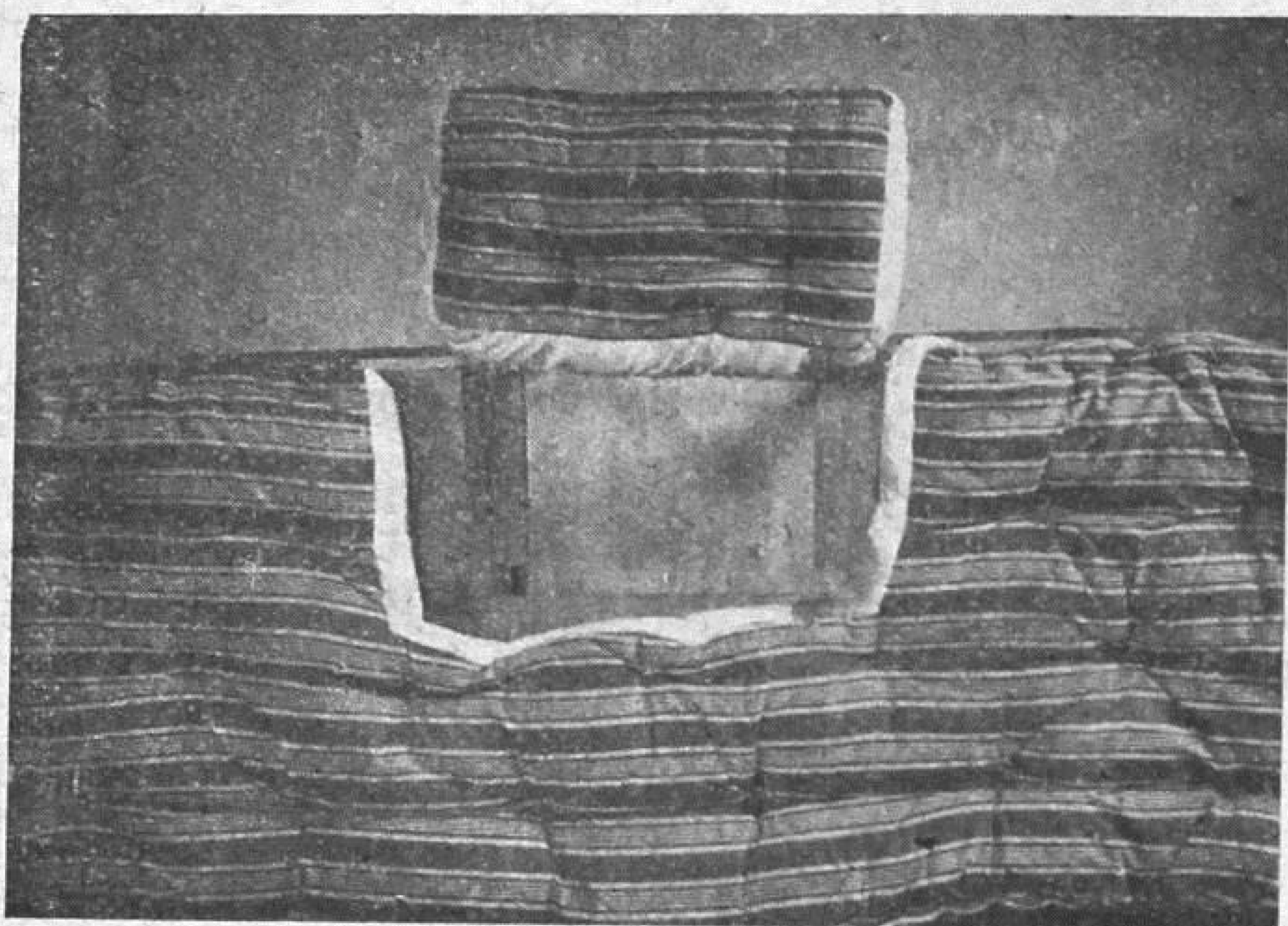


Fig. 7.

Con questo sistema adattando convenientemente i drenaggi, è possibile praticare a volontà senza rimuovere la medicatura dei lavaggi di soluzione fisiologica o di qualche antisettico leggero a scopo detersivo.

Ho appreso l'uso di questa trazione angolare nel massimo Istituto Ortopedico Italiano, il Rizzoli di Bologna. Naturalmente non appena i feriti migliorano la febbre cade, il gemizio di pus è ridotto, si applica l'apparecchio ad ansa con cui il ferito può essere messo in viaggio ed inviato ad un ospedale di riserva. Quello che è straordinario in questa trazione angolare è che appunto per il riposo completo dei muscoli e delle ossa dopo 24 ore le sofferenze del ferito sono ridotte al minimo.

Del resto l'immobilizzazione della frattura con

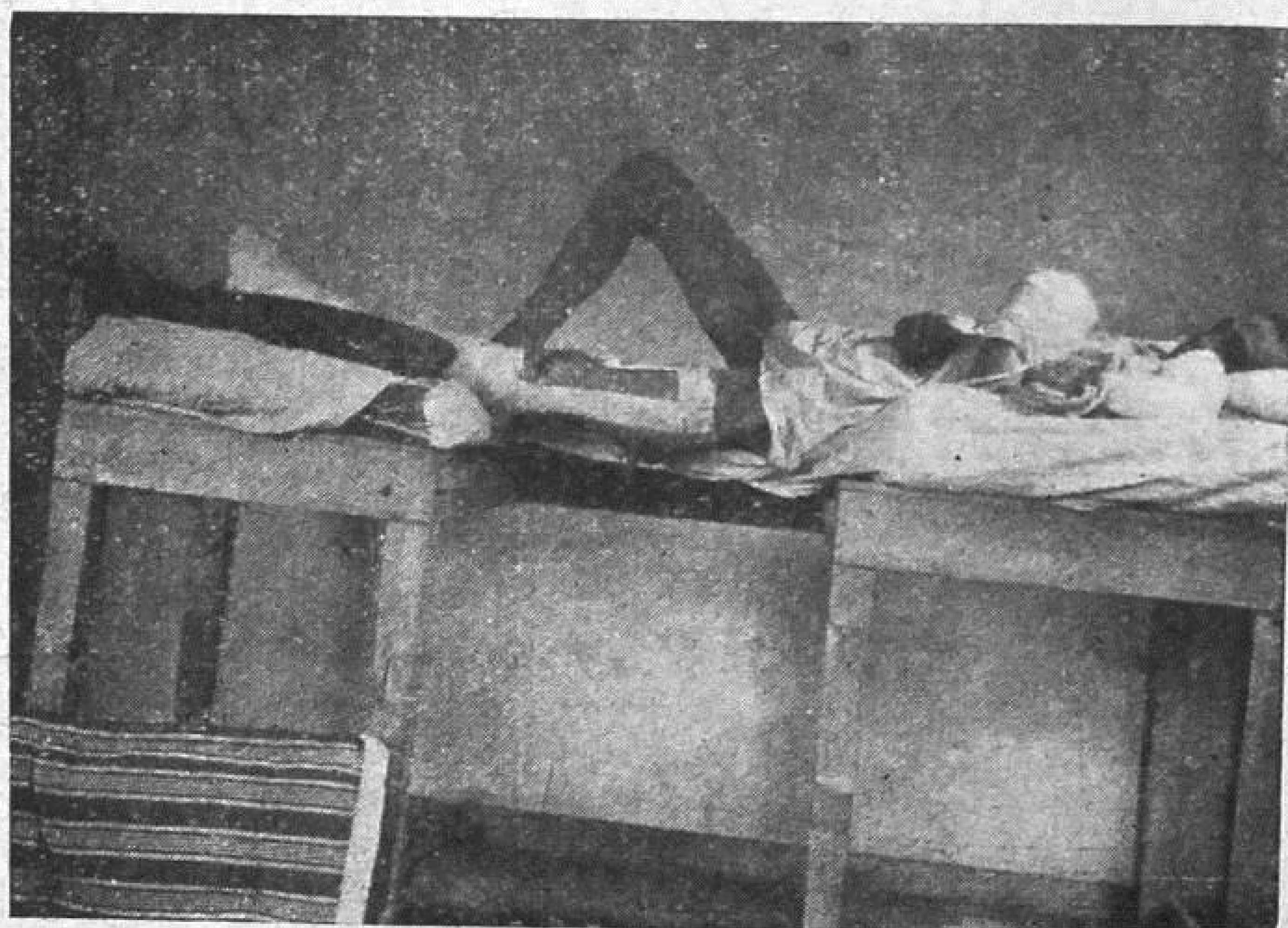


Fig. 8.

le trazioni fisse al letto, dal punto di vista del benessere del ferito è veramente ideale.

Si può rimproverare a questo sistema di non poter praticare la medicatura nel luogo conveniente e cioè nella camera adatta, ma se si pensa ai disagi ed alle sofferenze inerenti al trasporto dei fratturati in qualunque modo fatto ed al danno che ne viene agli effetti del consolidamento dallo spostamento anche minimo ma inevitabile di frammenti ossei, l'inconveniente che si potrebbe lamentare diventa trascurabile.

Un altro pregio straordinario ai fini del consolidamento migliore della frattura è che tanto nel letto speciale quanto con la trazione ad angolo, si può fare il controllo radiografico tutte le volte che si vuole, senza dovere spostare nulla.

Chiudo queste brevi note con l'insistere un poco sulla necessità di *sistemare chirurgicamente* per quanto si può le fratture nei primissimi ospedaletti od ospedali di ricovero, con la

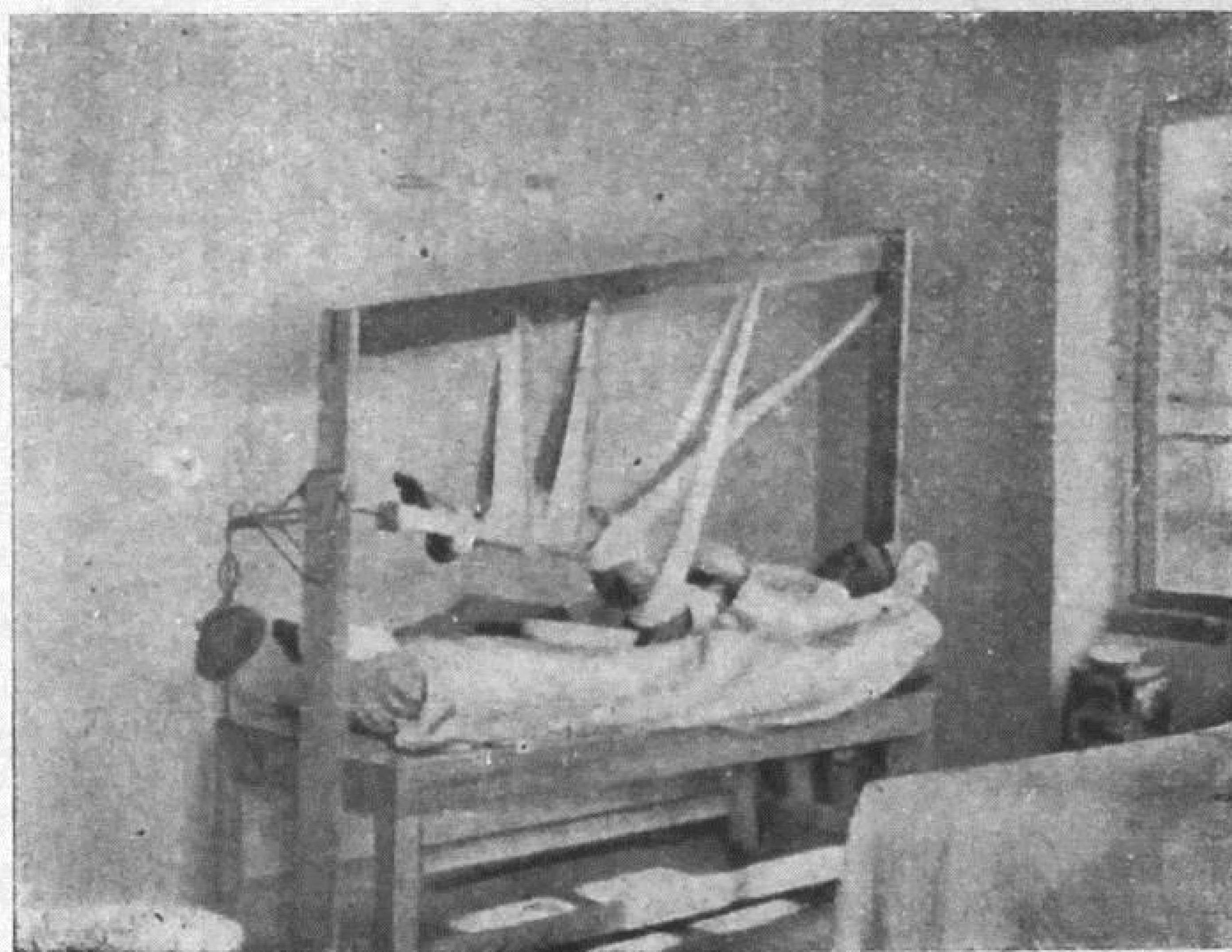


Fig. 9.

coscienza non solo di contribuire efficacemente a lenire le sofferenze non lievi del trasporto, ma sopra tutto al abbassare di non poco il numero dei mutilati e degli storpi.

Naturalmente io mi riferisco a quanto si fa o meglio si può fare in un fronte alpestre dove mi trovo dal principio della guerra. La guerra in montagna in genere, tranne periodi speciali, non dà grandi masse di feriti tutti in una volta. Tenuto conto che tutti gli ospedali od ospedaletti hanno almeno raddoppiata la loro efficienza in letti, ed hanno aumentato tutti i mezzi di cura, si può riservare un certo numero di posti a queste lesioni per modo che quando esse vengono inviate in altri ospedali indietro il processo di riparazione si sia già iniziato ed il fratturato, tranne eccezioni, abbia garantita la vita e l'arto.

Non so che cosa accade nella guerra in pianura: è più che probabile che in quegli ospe-

daletti si possa fare meno, ma anche in questi si può fare qualche cosa di più che ricoverare feriti gravi e spedire indietro sistematicamente e subito tutti gli altri. È vero che negli ospedali di 2ª linea, la capacità, il personale sanitario e di assistenza sono senza confronto di molto superiori a quelli degli ospedaletti ed ospedali da campo di 1ª linea, ma forse non si tiene abbastanza conto della grande quantità di feriti che si accumulano negli ospedali posti sulle principali vie di sgombero, e quindi in quali difficoltà vengano a trovarsi i nostri colleghi nel dovere anche semplicemente rivedere e medicare tutti questi feriti, specialmente se non si dimentichi che il chirurgo anche negli ospedali di 2ª linea è di solito uno.

D'altra parte oramai dopo 17 mesi di guerra una parte dei gravi inconvenienti lamentati tanto giustamente dal prof. Durante, si sono attenuati. In ogni piccola unità sanitaria di 1ª linea c'è di solito un chirurgo o un medico con attitudini chirurgiche, il quale se specialmente vi si trova dal principio della guerra non può mancare di competenza per occuparsi di questo genere di lesioni.

Le pubblicazioni scientifiche, le consulenze chirurgiche che si hanno a propria disposizione, la vicinanza di altra unità, permette un continuo scambio di idee e di nozioni per cui tutti indistintamente abbiamo potuto ricolmare in parte le immancabili grandi lacune create dagli aspetti e dalle forme speciali della chirurgia di guerra, lacune che quindi per forza di cose esistevano nello stesso insegnamento universitario e di cui non erano privi nemmeno i migliori traumatologi.

Ho voluto mettere in rilievo oltre che i criteri generali che meglio mi hanno risposto, questi sistemi di trazioni improvvisate, di letti speciali, di ripieghi di necessità, non con la pretesa di volerli elevare a sistema, ma perchè essi sono di attuazione facile, rapida e semplice e si possono improvvisare in qualunque luogo. Naturalmente i grandi ospedali che dispongono di ben altri mezzi e di ben altre risorse adotteranno mezzi più acconci.

Ciò che costituisce un vero tesoro in queste piccole unità è l'elemento soldato. La costituzione dell'unità è così bene ideata che in ognuna di esse vi è il falegname, il fabbro ferraio, l'elettricista ecc., e con la versatilità tutta propria del soldato italiano, basta un po' d'indirizzo per poter fare qualsiasi lavoro; e quando come me si ha la fortuna di stare dal principio della guerra nella stessa unità, il lavoro è talmente bene organizzato e ci si è talmente affiatati che basta dire al soldato di fare un apparecchio ad ansa, od un letto speciale o delle ferule di una determinata forma e dimensione perchè in qualche ora tutto sia pronto.

Il tutto avviene fra medico ed operaio, a voce, senza alcuna pratica burocratica, con la rapidità voluta dallo scopo; ed il vedere *subito* raggiunto il fine, e più ancora, il vederlo quasi senza eccezione coronato da pieno successo, costituisce la gioia più pura ed il compenso più ambito di tanti mesi di lavoro e di sacrifizio.

Zona di Guerra, ottobre 1916.

RIVISTE SINTETICHE.

Le nuove conoscenze sulla etiologia e la clinica della poliomielite acuta.

Nell'America del Nord durante lo scorso anno 1916 ha infierito una grave epidemia di poliomielite anteriore acuta, la quale perdura tuttora. Nel solo Stato di New York fino al mese di novembre se ne erano verificati circa 10,000 casi con oltre 2000 decessi.

Questo largo materiale di osservazione in un paese dove la scienza medica ha raggiunto un alto livello è stato ampiamente sfruttato per migliorare la conoscenza della terribile malattia. Il bisogno di arginare la diffusione di un morbo le cui conseguenze sono particolarmente funeste per il grado d'inabilità più o meno grave cui sono condannati gli individui colpiti, hanno costituito uno stimolo tremendo a ricerche scientifiche della più alta importanza.

A dir vero le nostre cognizioni sulla poliomielite avevano di già fatto sensibili progressi in questi ultimi dieci anni grazie specialmente agli studî di Levaditi e Noguchi. Le attuali ricerche fatte su un più largo materiale d'osservazione e con una tecnica sperimentale più progredita non hanno che confermati ed integrati i concetti fondamentali di quegli autori sulla specifità e la natura della infezione poliomielitica.

Non bisogna riandare molto lontano negli anni passati per ricordare il tempo nel quale la poliomielite era generalmente riconosciuta come una infezione banale, per lo più proveniente dal tubo digerente, e localizzatasi, per un meccanismo di cui non si era mai saputo dar ragione, sulle corna anteriori del midollo spinale. Questa falsa credenza era stata determinata dal fatto che la malattia in quistione si verificava con maggiore frequenza, se non esclusivamente, nella stagione calda, nell'epoca cioè nella quale sono più numerose e più gravi le forme infettive gastro-intestinali.

Il sospetto che si trattasse di una infezione specifica cominciò a sorgere solo quando si constatò che la poliomielite assume il più delle volte un carattere epidemico. Al riguardo bisogna notare che la storia registra terribili epidemie di detta infezione specialmente in Scandinavia ed in America. Le ultime verificatesi, quella del 1905 in Svezia e Norvegia e quella del 1907 negli Stati Uniti fecero fare passi giganteschi alle conoscenze sulla poliomielite.

Ma a parte ciò il merito di aver data la dimostrazione sperimentale della contagiosità e della specifilità della poliomielite spetta a Landsteiner e Popper. Questi autori nel 1909 riescirono a trasmettere la malattia ad alcune scimmie mediante la inoculazione intraperitoneale di cervello e midollo di individui morti per poliomielite. L'affezione sperimentale aveva sintomi clinici e reperto anatomo-patologico del tutto simili a quelli della malattia umana.

Nel medesimo anno lo stesso Landsteiner in unione a Levaditi in Svezia, e Flexner e Lewis in America, ma indipendentemente gli uni dagli altri, dimostrarono che l'agente specifico della poliomielite è costituito da un virus ultramicroscopico, filtrabile.

Flexner e Noguchi infine nel 1913 riescirono a coltivare ed a vedere al microscopio un piccolo microrganismo filtrabile, col quale riprodussero nelle scimmie la poliomielite. I caratteri culturali di questo microrganismo sarebbero analoghi a quelli dei batterî, ma oltre a questo non vi sono altri dati che ne caratterizzino la vera natura.

Kling, Petterson e Wernsted potettero trasmettere la malattia alle scimmie anche mediante la inoculazione del liquido di lavaggio della cavità nasale, delle fauci e del tubo intestinale d'individui morti per poliomielite.

Zingher con il medesimo materiale ottenne gli stessi risultati nei conigli.

Gli studî sulla etiologia della poliomielite parevano aver subìto dopo ciò un arresto, quando scoppiò nel Nord-America l'attuale epidemia. Le indagini furono riprese, ed i risultati non sono meno interessanti e fecondi.

Mathers nel settembre 1916 annunciò d'avere isolato dal cervello e dal midollo di invidui morti per poliomielite un cocco di uno speciale pleomorfismo, il quale inoculato ai conigli ed alle scimmie provoca manifestazioni paralitiche. Questa comunicazione fu accolta con un certo scetticismo perchè contrastava con le acquisizioni oramai sicure della scienza sulla filtrabilità del virus poliomielitico. Tuttavia le ricerche del Mathers furono continuate e controllate da altri autori. Ed i risultati furono tali che l'apparente contrasto fu eliminato; si potettero contemperare le conclusioni opposte in quanto che si dimostrò che il virus della poliomielite ha un pleomorfismo che gli consente di assumere forme filtrabili e non filtrabili.

Avremo altre volte ad occuparci nel corso di questa rivista delle analogie epidemiologiche e patogenetiche della poliomielite con la rabbia, ma non si può fare a meno qui di rilevare il fatto che anche per la rabbia è stata dibattuta una quistione sulle forme filtrabili e non filtrabili del rispettivo virus. È ben nota la discussione cui dettero luogo i corpuscoli identificati dal compianto Negri nelle cellule del corno d'Ammone di animali rabbiosi. A questi corpuscoli fu negata la qualità di microrganismi patogeni specifici perchè giustamente si opponeva la impossibilità da parte loro di attraversare il filtro. Le recenti scoperte sul virus poliomielitico giustificano per analogia la supposizione che il virus rabbico sia pleomorfo potendo assumere forme gigantesche quali quelle dei corpuscoli di Negri e ridursi in granuli puntiformi capaci di attraversare il filtro.

Comunque sia il pleomorfismo del virus poliomielitico è stato dimostrato al microscopio sempre durante l'attuale epidemia da Rosenow, Towne e Wheeler. Questi hanno isolato dalle fauci, dalle tonsille, dagli ascessi tonsillari, dal sistema nervoso di poliomielitici uno speciale streptococco. La iniezione intravenosa ed intracerebrale di culture di questo microrganismo produce in varie specie di animali paralisi e corrispondentemente lesioni della sostanzia grigia del sistema nervoso centrale. Dal tessuto nervoso degli animali inoculati lo streptococco è stato isolato in cultura pura, mentre tutti gli altri tessuti erano sterili. All'esame microscopico esso appare ora molto grosso ora piccolissimo a secondo del terreno sul quale si è sviluppato. Interessante è il fatto che culture con forme a dimensioni grandi si possono ottenere anche con innesti da liquidi dopo il passaggio attraverso il filtro di Berkefeld. Adoperando il microrganismo nelle sue dimensioni più grandi si può provocare la infezione anche in animali finora ritenuti refrattarî. I detti autori in base a tali risultati affermano che la etiologia della poliomielite non può essere definitivamente stabilita, tuttavia parrebbe che l'agente specifico assuma forma di virus filtrabile quando trovasi in condizioni anaerobiche nel sistema nervoso centrale ed in determinati terreni di cultura, mentre in altre condizioni il microrganismo stesso assumerebbe forme, dimensioni e virulenza diverse.

D'accordo con queste conclusioni sembrano

i risultati degli studi di Nuzum ed Herzog. Questi contemporaneamente ma indipendentemente dai precedenti autori hanno ottenuto in materiale cadaverico dal tessuto nervoso centrale, dalle tonsille e dalle glandule mesenteriche, e durante la vita dal liquido cefalo-rachidiano un micrococco resistente al Gram, che si sviluppa, sempre meglio aerobicamente, in brodo ascitico destrosizzato al quale sia stato aggiunto un piccolo pezzo di rene di coniglio. Le culture di questo microrganismo iniettale alle scimmie producono un quadro clinico ed anatomo-patologico del tutto simile alla poliomielite acuta. Paralisi flaccide sono state così prodotte anche nei cani e nei giovani conigli. Però in questi ultimi le lesioni istologiche non sono simili a quelle constatate nell'uomo e nella scimmia. Le culture anaerobiche in terreni liquidi passano attraverso il filtro Berkefeld V, e gli innesti del filtrato in adatti terreni ed in ambiente aerobico dànno lo sviluppo di forme di microrganismo a dimensioni più grandi.

*
* *

La paralisi infantile acuta è adunque una malattia infettiva specifica, determinata dalla invasione nel sistema nervoso centrale, encefalo e midollo, di un microrganismo minutissimo, filtrabile, che si è riescito a coltivare artificialmente ed a trasmettere agli animali, e che ha un notevole pleomorfismo per modo che le sue dimensioni sono molto variabili. Occorre però qui subito aggiungere, e di ciò torneremo ad occuparci di proposito, che i fatti paralitici e quindi le localizzazioni nervose non costituiscono tutta la poliomielite, così come i fatti meningei non costituiscono tutta la meningite cerebro-spinale epidemica. Come vi sono infezioni meningococciche senza ch ele meningi siano attaccate, così vi sono infezioni poliomielitiche senza paralisi, ossia senza che il tessuto nervoso sia colpito.

Le manifestazioni paralitiche sono quelle che dànno il carattere nosografico alla infezione, sono forse le più frequenti, ma possono anche mancare. Ad ogni modo non cade dubbio sul fatto che il virus ha una elettività specifica per il tessuto nervoso e sopra tutto con la sostanza grigia.

Il modo col quale l'agente infettivo raggiungerebbe il sistema nervoso è stato oggetto di molti studî. Clarke, Fraser e Amoss ritengono che il virus raggiunge il suo destino per la via del sangue, e ciò perchè essi potettero dimostrarlo in questo liquido in una scimmia dopo averlo iniettato per via intracerebrale. Contro tale ipotesi sta il fatto che nell'uomo, almeno nei primi stadii della malattia, il sangue non è mai infetto.

Pare invece che il virus guadagni il sistema nervoso centrale attraverso i vasi linfatici perineurali. Un esperimento molto conclusivo fu fatto al riguardo: fu iniettato ad una scimmia il virus nella guaina dello sciatico e si legò questo nervo poco sopra il punto d'iniezione. Questa scimmia non contrasse la infezione, mentre un'altra alla quale era stata iniettata nel punto stesso una eguale quantità dello stesso virus presentò sintomi clinici di poliomielite bene evidenti.

D'altra parte a favore della ipotesi della trasmissione neurale sta il fatto che nella malattia sperimentale i primi, se non gli unici, muscoli a paralizzarsi sono quelli nei quali fu praticata la iniezione del virus.

È questa un'altra analogia che la poliomielite ha con la rabbia.

La epidemiologia della poliomielite non è ancora ben nota. Molti fatti rimangono ancora oscuri o incerti.

Wickmann che fece delle indagini al riguardo molto accurate durante l'epidemia che infierì in Svezia nel 1905 ritiene che la malattia si trasmette da persona a persona per contagio diretto. Egli riuscì a collegare tra loro i varî focolai d'infezione ed a rintracciare quello primitivo, centrale.

Kling e Levaditi che ebbero l'incarico di studiare il modo di trasmissione della poliomielite acuta in occasione dell'epidemia verificatasi nel 1913 pure in Svezia, credettero di potere confermare le vedute di Wickmann. Secondo i detti autori la trasmissione della polio-infezione si fa, direttamente o indirettamente, a mezzo degli individui che presentano in atto la malattia, che l'hanno superata e sopra tutto da quelli che presentano forme abortive, che talora in una epidemia costituiscono la maggioranza dei casi, e che possono rimanere ignorate. Gli individui quindi capaci di diffondere la infezione sarebbero i malati, i convalescenti, i portatori. La diffusione si farebbe a mezzo della secrezione naso-faringea e del contenuto intestinale, nei quali si è potuto dimostrare la presenza del virus. Questo è stato anche trovato sul pavimento e sui mobili nelle camere dove hanno dimorato poliomielitici.

Ma la teoria del contagio da uomo a uomo non è stata generalmente accettata ed ha trovato sempre dei contrasti. Le epidemie di poliomielite hanno dei caratteri particolari per i quali non sempre si riesce a trovare il filo conduttore da un individuo infetto ad un altro. Al riguardo la poli-infezione ha molti punti di

contatto con la meningite cerebro-spinale epidemica. È ben noto che per quest'ultima infezione, e la esperienza fatta durante la guerra ne ha data una conferma, riesce ben difficile dare la spiegazione della diffusione della infezione alla stregua della teoria del contagio diretto, tanto che si è giunti perfino a proporre la rinuncia a qualsiasi misura di profilassi pubblica.

Comunque sia è certo che sul modo di trasmissione della poliomielite regna ancora molta incertezza. Mentre i più, come si è detto, sostengono il contagio diretto da uomo a uomo, altri pur non escludendo questo modo, ritengono che la infezione nella maggior parte dei casi sia inoculata all'uomo per l'intermediario di altri animali. Gli insetti succhiatori sono stati particolarmente sospettati. Il fatto che le epidemie di polio-infezione s'iniziano o aumentano sempre durante la stagione calda, cioè quando gli insetti si moltiplicano in numero maggiore, ha avvalorato questo sospetto. Sono stati fatti esperimenti con le mosche, le cimici, i pidocchi e le zanzare. Si è potuto escludere in modo presso che assoluto che le zanzare ed i pidocchi siano capaci di ritirare dal sangue di scimmie infette il virus ed inocularlo ad altre sane. Una sola volta le cimici riescirono a fare tale trasmissione.

Ma a parte il fatto che un solo esperimento positivo non fa legge, c'è la circostanza che, almeno nell'uomo, il sangue quasi mai contiene il germe specifico della malattia, e quindi gli insetti col succhiamento non potrebbero infettarsi.

La mosca ordinaria o domestica pare invece che contribuisca molto alla diffusione del morbo perchè essa si contamina col virus contenuto nelle secrezioni del corpo e quindi è l'agente trasportatore della infezione alle persone direttamente o indirettamente a mezzo degli alimenti sui quali essa si posa. Ed i dati sperimentali farebbero ritenere che le mosche contaminate col virus poliomelitico sarebbero capaci di contagiare per un periodo di 48 ore ed anche più.

Ma non tutti gli autori sono d'accordo nell'attribuire agli insetti, sia pure come semplici veicoli meccanici, una grande importanza nella diffusione della infezione. La scoperta della trasmissibilità della poliomielite agli animali ha fatto sorgere e giustificato il sospetto che gli animali stessi possono essere il mezzo di trasmissione della infezione all'uomo. In rapporto al fatto che la paralisi infantile è più frequente nelle campagne che nelle città, sono stati incolpati specialmente i polli, i maiali, i cani, i gatti.

D'altra parte talora sono stati notati disturbi motori nei polli e nei maiali nelle stesse località dove infieriva una epidemia di poliomielite. Va qui ricordata la interessante osservazione fatta da Pierson nell'Alaska centrale. Questo autore constatò che una epidemia di poliomielite acuta in alcuni villaggi di pescatori indiani fu preceduta da una speciale malattia di cani, che costituiscono i soli animali domestici presso quelle tribù. L'affezione in questi animali cominciava con corizza e congiuntivite, seguivano crisi convulsive ed infine paralisi flaccide degli arti: ossia un quadro sintomatologico molto simile a quello della poliomielite. Il Pearson ritiene che l'infezione fosse stata trasmessa dai cani all'uomo a mezzo delle mosche o per contagio diretto.

Anche Richardson ritiene che la poliomielite non sia una malattia che si trasmetta da uomo a uomo per contagio diretto o indiretto. Egli invece sostiene che la infezione venga trasmessa a mezzo di alcuni animali, e particolarmente di roditori, ed anche di insetti. In un recentissimo articolo egli ha esposti i fatti e le ragioni che militano contro la prima teoria ed a favore della seconda.

Militerebbero contro la trasmissione per contagio diretto o indiretto: 1° la maggiore frequenza della malattia nell'estate; 2° la maggiore frequenza nelle contrade rurali, dove il contatto personale è meno intenso che altrove; 3° l'estrema rarità della malattia nei medici, negli infermieri ed in altri individui addetti alla cura degli individui infetti; 4° l'assoluta mancanza di infezione nei gabinetti dove si lavora col virus della poliomielite; 5° il fatto che è relativamente raro che in una stessa famiglia anche numerosa si manifesti più di un caso della malattia; 6° la cessazione improvvisa delle epidemie prima che il materiale d'infezione sia esaurito e quando le condizioni per il contagio diretto o indiretto sono più che mai favorevoli; 7° la persistente immunità di città in strette relazioni commerciali con centri infetti, anche quando lo scambio di popolazione è notevole; 8° la osservazione che la malattia si diffonde radialmente dal centro della infezione e che è molto comune trovare gli ultimi casi alla periferia dell'area infetta e finalmente la immunità di distretti gravemente infetti per il passato, immunità persistente anche quando sia introdotto abbondante materiale d'infezione.

Richardson enumera poi le ragioni che fanno ritenere probabile la trasmissione del virus a mezzo dei ratti e dei loro parassiti, le pulci: 1° il ratto ha una distribuzione universale e si

trova nelle abitazioni di tutte le classi sociali; 2° nell'inverno esso si rintana per uscir fuori poi nella stagione calda; 3° l'aumento della epidemia di poliomielite negli ultimi decenni può essere in rapporto all'aumento del traffico; 4° la distribuzione della infezione in vicinanza della ferrovia può essere dovuta al fatto che i carri sono infettati dai ratti o alla caduta di questi dai carri stessi. Secondo l'autore stesso il materiale di infezione potrebbe essere depositato dal ratto sugli alimenti che poi vengono utilizzati dall'uomo o più probabilmente trasportato da un ospite all'altro a mezzo delle pulci. Queste possono essere il semplice mezzo di trasmissione meccanica, e costituire anche l'ospite necessario per un determinato ciclo di sviluppo del parassita della poliomielite. E non sarebbe escluso che gli insetti stessi possano prelevare il materiale d'infezione anche da animali domestici come il gatto, il cane o dall'uomo stesso.

Comunque la sorgente d'infezione più sicura è sempre l'uomo. Il virus fuori dell'ambiente umano è distrutto rapidamente, mentre nella secrezione naso-faringea dell'uomo che ha superata la malattia può resistere fino a cinque mesi. Non si può quindi negare la esistenza dei portatori del virus della paralisi infantile.

Ma a parte ciò altri fatti vi sono che dànno ragione delle peculiari caratteristiche epidemiologiche della poliomielite. Fino a qualche anno fa i medici in genere avevano tendenza a riconoscere questa malattia solo in quei casi nei quali esisteva una bene evidente paralisi flaccida. La esperienza ha però dimostrato come questa tendenza sia erronea e pericolosa: molti sono i casi nei quali la malattia assume un decorso atipico o abortivo. Questi casi in cui la paralisi è transitoria o manca addirittura, non sono in genere identificati e costituiscono perciò i più pericolosi focolai di disseminazione. E questi casi sarebbero così numerosi che secondo alcuni autori le forme paralitiche costituiscono esse stesse le forme atipiche della malattia. Secondo questa teoria, a cui accenniamo unicamente per dar risalto alla importanza che è stata data alle forme abortive, le localizzazioni nervose con le conseguenti paralisi sarebbero un fatto secondario della infezione generale, una complicanza dell'affezione, così come sono la flebite o la miocardite per il tifo. E Neal e Dubois, che tendono ad accettare questa conclusione, giungono perfino ad ammettere che vi possano essere vere epidemie di polio-infezione senza casi con fatti paralitici. Nè, essi aggiungono, l'esame negativo del liquido cefalo-rachidiano vale ad infirmare una tale ipotesi, perchè non si può pretendere che il liquido stesso risulti modificato quando manchi qualsiasi alterazione delle meningi o del tessuto nervoso centrale.

Ma a parte ogni esagerazione, la esistenza dei casi abortivi non può essere negata. Ad essi si devono il notevole numero dei portatori ignorati che disseminano inconsapevolmente il germe infettivo. A ciò si deve verisimilmente attribuire il fatto che durante le epidemie non si riesce a rintracciare il meccanismo del contagio.

* * *

Gli ultimi studî sulla poliomielite hanno condotto ad una revisione nosografica delle forme cliniche di questa malattia.

Innanzi tutto bisogna notare che il quadro sintomatologico varia già in rapporto al genio epidemico. Non tutte le epidemie di paralisi infantile hanno la medesima intensità in relazione al numero dei casi, alla gravità delle forme, al numero dei decessi. Tutto dipende dalla virulenza del virus. Questa, come del resto si è potuto dimostrare anche sperimentalmente nelle scimmie, aumenta con i successivi passaggi da individuo a individuo, per modo che la gravità dei casi aumenta con lo svilupparsi della epidemia.

Una certa importanza al riguardo spetta anche alla resistenza individuale. Non tutti i bambini, e rispettivamente in minor grado non tutti gli adulti, sono suscettibili a contrarre la paralisi infantile. Nella stessa famiglia alcuni bambini ammalano, mentre altri si sottraggono alla infezione, e quelli colpiti non sempre presentano lo stesso quadro sintomatologico.

Sono state date varie classificazioni delle forme cliniche della poliomielite.

Wickmann distingue le seguenti varietà: 1ª forma spinale; 2ª forma rassomigliante alla paralisi di Landry; 3ª forma bulbare o pontina; 4ª tipo cerebrale; 5ª tipo atassico; 6ª tipo polineuritico; 7ª tipo meningitico; 8ª tipo abortivo.

Questa classificazione che va ricordata unicamente per mettere in evidenza il pleomorfismo della malattia, è certo troppo complessa per gli usi clinici. Più adatta sembra la distinzione fatta da Peabody, Draper e Dochen in forme abortive o non paralitiche, cerebrali e bulbo-spinali. Tuttavia nella pratica non sempre si incontrano tipi puri appartenenti a questo o a quel gruppo. Questo è certo che la infezione dà manifestazioni generali che sono comuni a tutte le forme e disturbi particolari, quando esistono, che sono in rapporto alla di-

versa localizzazione del virus nelle varie sezione dell'asse cerebro-spinale.

Il periodo d'incubazione non è stato ancora precisamente definito: esso oscilla in limiti abbastanza ampî. In certi casi è di breve durata, non più di due giorni, in altri dura due settimane ed anche più. Ma ordinariamente il periodo di incubazione non supera gli otto giorni.

I. — I sintomi prodromici sono costituiti da leggeri movimenti febbrili, sonnolenza, debolezza generale, inappetenza, vomito e talora anche irritabilità ed irrequietezza. Spesso questo stato dura due o tre giorni prima che si manifestino disturbi più o meno imponenti a carico del tubo digerente, corizza, angina.

a) La febbre esiste sempre all'inizio dei casi epidemici. La temperatura talora raggiunge subito 40 gradi, ma di solito la febbre oscilla tra 38.5 e 39.5 e decresce gradualmente nello spazio di pochi giorni. Non è raro che la temperatura permanga a più di 37 gradi per parecchie settimane dopo l'attacco acuto, ed anche quando gli altri sintomi generali sono del tutto scomparsi. In alcuni casi, generalmente quelli nei quali esistono lesioni delle parti alte del sistema nervoso centrale, si può avere una febbre a 40° per tre o quattro giorni, che cade poi rapidamente per crisi.

b) La frequenza del polso è proporzionata alla temperatura.

c) I disturbi gastro-intestinali, ordinariamente presenti, predominano di solito nei primi giorni. Nel periodo febbrile esiste sempre mancanza di appetito, e spesso il vomito è il sintomo iniziale della malattia e non dura mai più di due o tre giorni. La diarrea profusa è rara, più frequente è la stipsi talora molto ostinata. Spesso esiste dolenzia della parete addominale che fa parte della dolenzia generale dei muscoli. Essa è specialmente accentuata quando sono paralizzati i muscoli addominali, e con la paralisi la dolenzia può essere localizzata ad una parte sola della parete addominale.

d) In poche epidemie sono stati notati i sintomi preparalitici a carico degli organi della respirazione, ma essi non sono rari. Di frequente s'incontra un leggero catarro delle vie aeree superiori con corizza: spesso le tonsille e la mucosa faringea appaiono congeste. Ad ogni modo è rara la tonsillite e la formazione di membrane è così rara che quando esse si trovano presenti bisogna pensare a tutt'altra diagnosi. Nei casi nei quali esiste paralisi dei muscoli faringei la raccolta di muco e di alimenti nella faringe può provocare gravi sofferenze. La paralisi dei muscoli respiratori provoca una fenomenologia particolare e conduce rapidamente a morte. A tale paralisi si deve in gran parte la mortalità per poliomielite.

e) Spesso il primo sintomo a comparire è uno stato di apatia e di sonnolenza. Nei casi gravi i pazienti sembrano in coma, ma più frequentemente c'è solo la tendenza alla solitudine e l'avversione al giuoco e ad ogni altra specie di attività. Non esistono per altro sintomi di deficienza psichica, anzi la lucidità e la vivacità mentale si mantengono sorprendenti fino alla fine anche nei casi gravi.

f) Insieme alla sonnolenza c'è una irritabiblità che fa contrasto con lo stato di depressione dell'infermo quando non è disturbato. I piccoli malati si prestano male all'esame, cercano di non essere molestati, sfuggono, gridano. Questa irritabilità è accompagnata da una viva irrequietezza fisica. Gli infermi dormono raggomitolati, hanno frequenti sobbalzi e cambiano spesso di posizione. Sono rari il delirio e le convulsioni.

g) In molti casi tutto il corpo è di tanto in tanto agitato da scosse, che possono essere anche limitate a parti del corpo, ad un arto o ad un lato della faccia. Pare che le parti che presentano queste scosse siano quelle che saranno poi paralizzate. Tali movimenti molto probabilmente sono in rapporto ad irritazione delle cellule delle corna anteriori la cui lesione poi diventa tale da provocare la paralisi flaccida dei muscoli corrispondenti.

h) È stato anche osservato un sudore profuso generalizzato, che nei casi gravi è continuo di giorno e di notte per parecchie settimane anche durante le convalescenza. Di regola però esso si ha solo nel periodo febbrile. Più raramente è localizzato solo alle parti che poi diventano paralitiche. Questo fenomeno può essere in rapporto ai movimenti a scossa sopra accennati e quindi all'associazione esistente nelle corna inferiori delle cellule motrici e di quelle che regolano la secrezione del sudore.

i) Nel periodo iniziale prima ancora che si stabiliscono le paralisi c'è una debolezza generale della musculatura di tutto il corpo. Quando il paziente guarisce dallo stadio acuto in pochi giorni con leggere paralisi, la forza dei muscoli rimasti illesi è in marcato contrasto con l'apparente debolezza dei muscoli stessi durante il periodo febbrile. È difficile poter stabilire quanta di questa debolezza sia in rapporto a difetto di sforzi volitivi da parte del paziente, ma è certo che essa è molto più marcata che in altre malattie febbrili.

k) La poliomielite acuta è accompagnata da un senso di dolore diffuso. I piccoli pazienti

tiva ha caratteri così vaghi ed indefiniti che, specie nei casi sporadici, una diagnosi esatta si rifiutano di farsi toccare a causa di questo dolore. Questo può essere in rapporto ad un'iperestesia della pelle, così che anche il più leggero toccamento provoca dolore. In altri casi questo si ha solo quando si esercita pressione sulle parti profonde e specialmente sulle masse muscolari. Una certa dolenzia si può provocare anche stirando i muscoli, i tendini, le capsule articolari. Il dolore può essere generalizzato a tutto il corpo, ma di regola esso è limitato alle parti che sono paralizzate o sono in via di paralizzarsi. Poichè il letto o l'attitudine stessa del paziente determina una pressione sulle parti profonde o lo stiramento dei tendini e dei legamenti, riesce difficile poter accertare se il dolore sia spontaneo o non. Talora con opportuno aggiustamento del corpo si può eliminarlo, ma nei pazienti anziani, che sono in grado di fare discernimento al riguardo, si è potuto anche acertare la presenza di dolori spontanei. Talora esiste anche una grave cefalea, che dai soggetti capaci di farlo, viene spesso localizzata ad una determinata parte del capo.

l) Un sintomo importante è il dolore alla nuca ed alla schiena. Esso può essere spontaneo ma il più delle volte si provoca soltanto nei movimenti di antero-flessione della testa e del tronco. Ad evitare questo movimento i muscoli della nuca e del dorso si mantengono contratti dando al paziente quell'atteggiamento di rigidità caratteristico nelle affezioni delle meningi ed in alcune malattie del sistema nervoso centrale. Quando i muscoli del dorso e della nuca sono paralizzati questo sintomo scompare. Il segno di Kernig non è di regola presente.

m) Il liquido cefalo-rachidiano fin dai primi stadii presenta delle alterazioni. La pressione, non sempre, è leggermente aumentata. Il liquido appare alquanto opalescente e presenta anche talvolta dei fiocchi di fibrina. Il numero delle cellule è aumentato: nel primo stadio prevalgono i polimorfonucleari, successivamente i linfociti. Durante la prima settimana nella metà circa dei casi la quantità di globulina è aumentata, ma in seguito la frequenza di questo reperto è maggiore. In genere può dirsi che nella prima settimana dopo la comparsa dei primi sintomi le alterazioni del liquor sono presenti in quasi tutti i casi; nella quarta settimana solo nel 50 % dei casi il liquor è alterato ed in seguito la proporzione cade progressivamente. Benchè le alterazioni del liquido cefalo-rachidiano non siano caratteristiche, pure l'esame del medesimo in molti casi contribuisce a precisare la diagnosi.

n) Il reperto del sangue è ancora meno caratteristico: c'è un lieve aumento dei polimorfonucleari. L'esame ematologico ha dal punto di vista diagnostico solo un valore negativo.

II. — Dopo un periodo molto variabile in cui sono presenti tutti o parte dei sintomi sopraccennati compaiono le paralisi, ed allora la diagnosi è notevolmente facilitata. La paralisi può colpire tutti i muscoli del corpo o limitarsi ad un solo gruppo muscolare ed anche ad un unico muscolo. La lesione centrale può essere grave e produrre una paralisi completa permanente dei muscoli colpiti, o leggera in modo da produrre solo una paralisi parziale o una temporanea debolezza. Come è noto le paralisi sono dovute alla distruzione delle cellule delle corna grigie anteriori del midollo spinale. Quando la lesione è localizzata nel cervello o nelle parti alte del midollo la paralisi invece che flaccida è spastica. Anche i centri del midollo allungato sono frequentemente colpiti dando le caratteristiche paralisi bulbari.

La caratteristica delle paralisi poliomielitiche è la irregolare distribuzione dei muscoli colpiti. L'emiplegia e le paraplegie totali sono piuttosto rare, non frequenti sono neppure le paralisi di tutti i muscoli di un arto. Possono essere colpiti anche i muscoli dell'occhio, della faccia, della lingua, del palato, della faringe. Una speciale importanza hanno le paralisi dei muscoli del collo, del dorso e della parete addominale per le conseguenti gravi deformità. Maggiore gravità ancora hanno le paralisi dei muscoli respiratori, ad esse si deve il maggior numero di morti per polio-infezione. Sono stati anche registrati casi di paralisi o di semplice debolezza degli sfinteri della vescica e del retto.

L'esame dei riflessi ha una grande importanza diagnostica perchè negli stadii iniziali o nei casi non gravi costituiscono l'unico segno apprezzabile delle lesioni del meccanismo motorio. Nelle paralisi conclamate c'è una caratteristica asimmetria nei riflessi profondi ai due lati. Ora anche quando non esistono veri disturbi motorii i riflessi hanno un contegno che rivela l'incipiente o la lieve lesione dei centri motori: vi può essere marcata asimmetria ed anche abolizione completa dei riflessi ad un lato con esagerazione al lato opposto.

III. — Una speciale menzione meritano le forme abortive o non paralitiche. In questo tipo i sintomi generali su descritti possono essere tutti presenti senza però che vi siano fenomeni di paralisi o di debolezza muscolare; tutt'al più essi sono appena accennati o transitorî. Così fatto stato morboso dura due o tre settimane ed ha una spiccata rassomiglianza con la meningite tubercolare. Ma spesso la forma abor-

è presso che impossibile. Tuttavia durante le epidemie quando si hanno casi di febbre non sufficientemente spiegata da altri fatti clinici ed accompagnata da uno stato di iperestesia generale il sospetto di trovarsi dinanzi ad una infezione poliomielitica è più che giustificato.

G. DRAGOTTI.

NOTE E CONTRIBUTI.

Metodo per la conservazione delle sostanze e delle soluzioni facilmente alterate dai microrganismi.

Dott. ROMOLO ROMANELLI.

Come ognuno sa dai primi elementi di batteriologia, moltissimi sono i substrati in cui possono svilupparsi e vivere i microrganismi.

In generale sono le sostanze organiche, animali o vegetali, viventi o morte, e difatti la maggior parte dei terreni che servono per la loro cultura sono composti di sostanze organiche. Però oltre alle sostanze organiche, molti batteri o muffe, possono svilupparsi anche in substrati composti di sostanze chimiche inorganiche o in composti del carbonio. Possiamo ottenere sviluppo di batteri, muffe in soluzioni di tartrato di ammoniaca, di fosfato di potassio, di solfato di magnesio, di fosfato tribasico di calce, di acetato di ammoniaca, di acido fosforico, di citrato di ferro, di citrato di potassio, di ossalato di ammoniaca, di nitrato di potassio, di nitrato di magnesio, di nitrato di sodio, di cloridrato di cocaina, di solfato di atropina, di solfato di zinco, di fosfati e ipofosfiti di sodio, potassio, ferro, ed in moltissime altre sostanze e insino nel sapone potassico.

Ora in pratica accade, che tutte queste sostanze entrano a far parte di molti reattivi usati nei laboratori, e di molti preparati o soluzioni usate in terapia.

Ora accade quindi, che queste soluzioni, dopo qualche giorno di preparazione, offrendo terreno di sviluppo a batteri o muffe, divengono, non solo inservibili, ma in certi casi possono riuscire dannose.

Oggi essendo diffuso l'uso della sterilizzazione delle soluzioni, si rimedia solo in parte, poichè dopo aperto il flacone, la soluzione si inquina, e diviene inservibile.

Molti aggiungono alle soluzioni, l'alcool che le preserva dall'ammuffimento, ma certe sostanze non sopportano il miscuglio con l'alcool, senza modificarsi. In alcune cliniche oculistiche si usa aggiungere alle soluzioni il formolo, ma quantunque usato in piccolissime quantità, pure riesce irritante.

In vista di questi inconvenienti, io da vario tempo adopero un metodo di conservazione delle soluzioni, il quale mi ha dato dei buoni resultati, non solo nel lungo uso che ne ho fatto, ma anche nelle prove eseguite. La cosa non ha nulla di nuovo in se, è semplice, e per i vantaggi che offre, ho pensato di farla conoscere ai colleghi, specie in questi momenti, in cui i laboratori e le ambulanze anche improvvisate, spesso non possono avere il materiale adatto, sia per preparare sia per conservare molte soluzioni di uso comune e continuo.

Io mi servo di una sostanza indifferente, la quale poichè quasi insolubile, non modifica menomamente qualunque soluzione e nello stesso tempo, impedisce lo sviluppo dei germi nel liquido ove viene introdotta.

Voglio intendere della canfora. È questa una sostanza pochissimo solubile in acqua (1:2000). La canfora gode di un certo potere antisettico, che lo esplica anche su microrganismi patogeni. Secondo Miquel a 1:1000 è capace di impedire lo sviluppo dei bacilli del carbonchio.

Essendo quasi insoluble non può alterare menomamente le soluzioni acquose; se le soluzioni contenessero alcool, in cui la canfora è solubile e vi si sciogliesse in parte, non porterebbe alcun danno, perchè la canfora è usata nella terapia interna e ipodermica.

Io introduco nel flacone dove si trova il liquido da conservare, preventivamente sterile, un frammento di canfora, della grossezza di un pisello o più, e così il liquido si conserva indefinitamente anche per anni, anche se entrasse aria nel flacone durante l'uso del liquido.

La canfora avendo un peso specifico inferiore a quello dell'acqua (0,980) galleggia, satura de' suoi vapori l'aria che penetra nella bottiglia, e la rende sterile.

Io ho eseguito in proposito anche numerose prove, tutte con ottimi resultati. Da dieci anni ho conservata in un vasetto dell'albumina di uovo, e per tutto questo tempo si è mantenuta inalterata. Una soluzione di gelatina al 5 %, da un anno ad oggi non ha subito alterazioni. Si conservano perfettamente per un tempo indeterminato, soluzioni per uso ipodermico, qualunque esse sieno, colliri, ecc., senza che abbia potuto notare alcuno sviluppo di microrganismi. Mentre in identiche soluzioni di controllo in breve tempo ho potuto osservare il Micrococcus nitrificans, il M. aurantiacus, il M. prodigiosus, il M. luteus, il Bacterium termo, il Bacillus subtilis, il B. amilobacter, lo Spirillum rufum, l'Aspergillus flavus, l'A. glaucus, il Penicillum glaucum, e molti altri.

Quarata (Arezzo).

SERVIZI SANITARI.

Sulle nuove disposizioni del Ministro della guerra per i centri territoriali « ferite mascellari e odontoiatria ».

Nella circolare n. 9 pubblicata nel *Giornale Militare Ufficiale*, dispensa 1ª, 5 gennaio 1917, sulle « *Norme provvisorie per la esecuzione del decreto luogotenenziale 10 agosto 1916, n. 1012, per l'assistenza ai mutilati, agli storpi ed ai ciechi della guerra* » diramate dall'Ufficio Sanitario del Ministero della Guerra, firmate da S. E. il generale Morrone, sono contenute le seguenti disposizioni, che riguardano il servizio militare per « *Ferite mascellari e odontoiatria* »:

« 3. I militari affetti da gravi mutilazioni della faccia, quando siano giudicati trasportabili, muniti di apparecchi contentivi, dovranno, dai reparti stomatoiatrici delle armate, venire trasferiti ai « *Reparti ferite mascellari ed odontoiatria* » (centri stomatoiatrici) che funzionano nell'interno del paese.

I militari appartenenti ai distretti dei corpi d'armata territoriali di *Torino, Alessandria, Milano* e *Genova* verranno concentrati presso il centro stomatoiatrico di *Milano;* quelli appartenenti ai distretti dei corpi d'armata territoriali di *Verona, Bologna, Firenze*, verranno concentrati presso il centro stomatoiatrico di *Bologna;* quelli dei corpi d'armata di *Ancona, Roma, Napoli* al centro stomatoiatrico di *Roma;* quelli infine dei corpi d'armata di *Bari* e di *Palermo* al centro stomatoiatrico di *Palermo* ».

È evidente l'opportunità di tali disposizioni e il vantaggio che ne deriverà al servizio « *Ferite mascellari e odontoiatria* », giacchè l'accentramento dei mutilati delle mascelle in quattro grandi ospedali semplificherà la cura di tali feriti rendendola più efficace, più breve e soprattutto più economica.

Questa parte della traumatologia di guerra ha imposto la soluzione pratica di tanti problemi, che in tempo di pace non avrebbero potuto concepirsi nemmeno in teoria. La cooperazione concorde dell'odontoiatra e del chirurgo ha reso possibile il conseguimento dei migliori risultati, tanto che anche i più ardui problemi possono considerarsi risolti, ma certamente si otterranno risultati anche migliori e più rapidi quando i feriti, anzichè essere sparsi in molti ospedali, come è stato finora, saranno riuniti in quattro soli centri. I professionisti addetti alle cure di tali feriti, dovendo anch'essi necessariamente riunirsi in maggior numero nei quattro centri, potranno acquistare in poco tempo una pratica molto più vasta e completa, sia per il maggior numero di casi che dovranno curare, sia perchè la loro più stretta cooperazione permetterà ad ognuno di essi di usufruire dell'esperienza di tutti, con grande vantaggio dell'economia, della rapidità del servizio e soprattutto del risultato delle cure a favore dei nostri cari feriti.

A. CHIAVARO.

Un commento all'articolo 56 dell'elenco delle imperfezioni e delle infermità che sono causa di inabilità assoluta o temporanea negli inscritti di leva e nei militari.

L'articolo di cui sopra si riferisce a « *la mancanza o la carie estesa e profonda di un gran numero di denti, per modo che quelli che rimangano siano insufficienti alla masticazione; il che può principalmente accadere quando gli esistenti in una mascella diventano inutili per la mancanza dei loro corrispondenti nell'altra* ».

La dizione di esso è ritenuta così precisa e chiara nel suo significato fisiologico e medicolegale, che non sembra potere e dovere dar luogo a contestazioni. Infatti il Trombetta, trattando nella sua « *Medicina legale militare* » delle *malattie della bocca*, specificate nell'elenco di cui sopra in 9 articoli, dal 54 al 63, scrive che due soli di essi, il 62 ed il 63, hanno bisogno di commento: con ciò egli considera implicitamente chiaro l'articolo in questione.

Eppure un semplice esame critico dimostra la necessità di qualche rilievo e di una razionale modificazione, poichè gli interessati, prendendo la disposizione nel senso più stretto e letterale, se ne valgono per chiedere la riforma e molti la ottengono non meritandola, secondo me, per una non giusta interpretazione da parte di medici militari, e per poca o nessuna valutazione delle condizioni organiche in cui gli individui si trovano.

Nell'art. 56 il redattore si è in modo esclusivo preoccupato della funzione della masticazione. Ciò è perfettamente giustificabile, poichè senza una dentatura sana e forte, e relativa completa masticazione, non sono possibili una buona digestione e nutrizione.

In altri tempi si accordava ai denti un'altra funzione non meno importante; allorquando il fucile si caricava dalla bocca ed era necessario stracciare con i denti la cartuccia, si dava la riforma per la mancanza o la carie di pochi

denti anteriori. Molti allora si facevano estrarre qualche incisivo per ottenere la riforma. Oggi invece occorre all'uopo la mancanza o la carie di molti denti.

Per la mia recente esperienza acquistata nel servizio sanitario durante tutto l'anno ora decorso al Consiglio di leva del Circondario di Napoli, ove in quattro medici abbiamo visitato non meno di 60,000 uomini, ritengo però che molti siano dichiarati a torto *non idonei* al servizio militare a causa della mancanza e della carie di molti denti.

A me pare che la quistione deve riflettersi nel nostro spirito principalmente da tre aspetti e cioè: della *masticazione*, dei *disturbi intestinali che può cagionare una masticazione incompleta* e della *nutrizione generale*.

Esaminiamoli.

1° MASTICAZIONE. — Sarebbe puerile sostenere che chi manca di molti denti o li abbia profondamente cariati possa masticare bene. Sotto questo riflesso è più che giusto aver consacrato nell'articolo la frase che i denti «*esistenti in una mascella diventano inutili per la mancanza dei loro corrispondenti nell'altra*», poichè la funzione dentaria sarebbe profondamente disturbata. Questa mancata corrispondenza però potrebbe essere molto dannosa alla masticazione dei carnivori, nei quali i denti superiori devono corrispondere agli inferiori per dilacerare; non sarebbe assolutamente dannosa negli erbivori, i quali triturano e macinano, e neppure nell'uomo, il quale è onnivoro. Infatti la fisiologia umana ci insegna che quando i due archi dentari s'incontrano per masticare, l'arcata superiore circonda anteriormente l'inferiore e si appoggia posteriormente sopra di essa, formando una specie di larga pinza. Questa nozione dimostra che i denti nel masticare non s'incontrano esattamente; anzi quelli inferiori battono contro la riunione di due superiori, in modo che durante la masticazione scorrono gli uni sugli altri, con un movimento dall'avanti all'indietro e di lateralità, a guisa di macina. Nel compimento di questa funzione non avviene certamente una vera macinazione, come negli erbivori, perchè i denti molari dell'uomo hanno la superficie della corona meno estesa e meno liscia; ma un certo grado di macinazione, più che semplice pressione, si compie.

Quindi la mancanza di corrispondenza per la caduta o la carie di alcuni denti non può avere grande valore. Qualora manchi sopra un mascellare un gruppo di 4 o 5 molari, la corrispondenza con quelli dell'altra mascella cessa del tutto, ma è difficile che tale fatto si ripeta dai due lati, in modo che venga resa impossibile da ambo le parti una buona masticazione.

Tutte le volte poi che la mancanza o la carie riguardano più denti *isolati*, non *a serie*, non si ha una mancanza funzionale. Se pure difetta una dozzina di denti, ma l'uno distante dall'altro, od in piccoli gruppi, i rimasti sono sufficienti alla masticazione. La buona digestione e la buona nutrizione generale lo provano.

Non ritengo dunque ragionevole d'invocare puramente e semplicemente il numero dei denti mancanti o cariati per la riforma. Bisogna stabilire se il difetto sia causa di danni nell'individuo.

Quando poi non si tratta di mancanza, ma di carie, sorge un'elegante questione, quella dell'otturazione e della protesi.

Le carie, com'è ben noto, invade il dente dall'esterno verso l'interno.

Orbene, allorchè la carie abbia prodotto una piccola cavità che si possa otturare in modo da rendere buona la masticazione, non mi sembra giusto che si invochi tale lesione guarita e riparata come causa di riforma.

Un individuo proveniente dall'America presentava un dente mancante e 18 tutti ricoperti d'oro. I denti erano forti e sani, pure egli chiedeva in nome dell'art. 56 di essere riformato. Era un individuo ben nutrito, e con magnifico sviluppo muscolare. Lo dichiarai idoneo; il Consiglio lo giudicò idoneo solo per i servizi sedentari.

Una quistione più elegante è il caso di coloro che, mancanti di molti denti, anche in serie, portano una perfetta protesi, con ben fabbricate dentiere. Costoro mangiano e masticano benissimo, si nutriscono magnificamente, devono per questo essere riformati? Non crederei. Lo spirito dell'articolo in esame vuole assicurata la masticazione; ora, quando questa si compie per mezzo della dentiera, con vero e reale profitto organico, cessa la ragione della esenzione dal servizio militare.

La dentiera vale gli occhiali dei miopi. Un miope di 6 diottrie è idoneo perchè porta gli occhiali; ma se questi si rompono o vengono perduti, l'individuo non può più orientarsi e fare servizio, mentre chi porta la dentiera e la perde può ancora nutrirsi abbastanza bene, finchè non abbia provveduto.

Oggi poi le dentiere sono di uso comune e se ne possono acquistare o possono essere fornite a pochissimo prezzo.

2° DISTURBI INTESTINALI. — Non vi è individuo sottoposto a visita militare sanitaria che invochi la riforma per mancanza e carie dei

denti, che non accampi anche disturbi e malattie intestinali.

Non è possibile negare che una incompleta triturazione degli alimenti, principalmente di alcuni, non possa turbare la digestione; ma quando ciò avviene, la colpa non sempre è dell'incompleta masticazione.

Basti considerare che in una bocca con denti profondamente cariati abbondano i germi; è così che numerose malattie riconoscono certamente la loro causa diretta o indiretta dalla carie dentale.

È facile comprendere come gli alimenti masticati e conglutinati dalla saliva di tali bocche e trasportati nel cavo intestinale non possono essere alla lunga innocui, ma debbano cagionare disturbi e malattie.

In questo caso non sono gli alimenti poco triturati la cagione dei disturbi — se pure esistono — ma la mancanza della più elementare igiene.

3° NUTRIZIONE. — Vi sono stati, e vi saranno senza dubbio, migliaia di riformati per mancanza e carie di denti, presentatisi alla visita grossi, forti e robusti, con splendido sviluppo muscolare, ricco pannicolo adiposo, ottima sanguificazione, dotati di molta forza, con tutti i caratteri, insomma, della più perfetta nutrizione e salute.

Giova notare che costoro non sono tutti signori per cibarsi di alimenti speciali ed eminentemente nutritivi; si tratta per lo più di impiegatucci, carrettieri, contadini, manovali, muratori, facchini, scaricatori di porto, pastori, ecc., ecc.

I più mangiano quando possono, ciò che possono e male, facendo uso di sostanze grossolane; eppure non un segno esteriore che lasci supporre una bocca in disordine, nessun segno di denutrizione.

***

Concludendo, ritengo che l'articolo 56 andrebbe modificato o chiarito almeno nel senso che il Consiglio di leva non debba considerare solo il numero dei denti mancanti e cariati, ma anche tener conto dello stato generale: che quando la carie e la mancanza dei denti non producono profonde alterazioni nell'organismo, quando non coesistono gastro-enteriti, anemia, denutrizione, deperimento organico, la riforma non dovrebbe legittimarsi.

Prof. FELICE LA TORRE
Maggiore medico di complemento.

Pubblicheremo prossimamente:
F. VANNUTELLI: *Un'epidemia di porpora infettiva.*

Qualche considerazione sulle relazioni fra servizi odontoiatrici in genere ed efficienza delle truppe di prima linea.

Dal fronte, 20 gennaio 1917.

Un servizio intensivo e continuato di quattro mesi circa in una delle zone più montuose del nostro fronte, in cui le vicissitudini atmosferiche hanno la loro ripercussione più saliente, mi ha permesso di osservare un materiale assai ricco nel campo delle affezioni della bocca e delle lesioni dentarie, facilitandomi certe conclusioni di carattere generale e d'interesse militare credo non disprezzabili.

Il numero dei militari di truppa, graduati ed ufficiali assunti in cura fino ad oggi nei due Gabinetti Odontoiatrici principali del IV Corpo d'Armata, cui sono preposto, e del Reparto Stomatologico annesso, ammonta a circa 4000. Cifra che dimostra subito la grande frequenza delle malattie dentarie fra le truppe più avanzate, poichè appunto nella maggior parte trattavasi di militari di prima linea, cioè di militari che occupavano posizioni a cavaliere della catena più settentrionale delle Alpi Giulie, che hanno come caratteristica climatica il freddo-umido, elemento etiologico della maggior importanza nelle lesioni dentarie e del cavo orale.

Se poi si tiene conto che ben il 50 % di costoro presentavano forme periostali acute di origine dentaria e forme di periodontite cronica riacutizzata — tenendo presente che uno dei fattori causali prevalenti in questa forma è senza dubbio il freddo-umido, — avremo un'altra ragione di più per l'apprezzamento dello stretto nesso esistente fra servizi avanzati specie in zona alpestre e frequenza di malattie dentarie.

L'importanza delle quali non è certo trascurabile se si pensa che solo per la frequenza delle forme acute o riacutizzate, interessanti il legamento dentario ed accompagnate da tutta la coorte dolorosa delle complicanze, si ha una riduzione molto notevole dell'efficienza del soldato, quasi alla medesima stregua di una ferita che abbia inutilizzato sia pure temporaneamente un arto qualunque: o braccio o gamba, ecc. Senza tener conto naturalmente delle forme cariose di ogni genere e di tutte le loro conseguenze come irritazioni, infiammazioni e degenerazioni dei tessuti dentarii in dipendenza sempre più o meno diretta dello stesso stimolo, che va esercitandosi senza posa sul soldato e che nella vita così insalubre della trincea trova l'ausiliario suo più potente.

E fu appunto per la considerazione generica

di tale frequenza di forme che io mi proposi il cómpito, senza dubbio assai improbo, di applicare nel maggior numero dei curandi l'odontoiatria conservativa, rinunciando agli allettamenti della chirurgia dentaria che a prima vista e per ragioni ovvie avrebbe potuto sembrarmi l'unica terapia realizzabile in zona di operazioni. Così facendo io credo di essermi da un lato attenuto ad un concetto di cura più razionale e dall'altro di avere in parte evitato certe conseguenze disastrose, che avrebbero compromesso l'efficienza bellica del soldato o per lo meno di averle contenute in un limite più modesto.

Perchè non è difficile dedurre che se l'igiene della bocca era assai scarsamente tenuta in onore presso i cittadini di ieri — le truppe di oggi — e le malattie dentarie avevano una certa frequenza, d'altra parte le condizioni attuali in questi stessi uomini debbono essere notevolmente peggiorate in seguito all'azione complessa e duratura dei molteplici fattori nocivi che agiscono nelle nostre prime linee ed in una zona poi come questa, che insisto a dire oltremodo montuosa e così facile alle precipitazioni atmosferiche. Ed il peggioramento significa preparazione di bocche in stato igienico veramente pietoso, affette da processi cariosi multipli, e presentanti mancanza numerosa di denti: quindi qualche volta con una masticazione addirittura insufficiente. Ciò che costituisce — anche ad onta delle stimolazioni a carattere compensatorio che possono esercitarsi più intensamente a causa dell'altitudine e del clima freddo sulle secrezioni glandolari e sul tono muscolare degli organi digestivi — il primo avviamento verso tutta la gamma delle forme dispeptiche gastro-intestinali e le relative conseguenze sulla salute e la potenzialità del soldato.

Ora la constatazione giornaliera ed all'evidenza di questi fatti, unita alla preoccupazione continua di un compenso sufficiente, ispirò fino ad oggi la mia linea di condotta. E mi condusse, assecondato in questo cómpito da un aiuto egualmente volonteroso, ad applicare nei Gabinetti da me diretti cure atte a salvare — ad esempio — denti affetti da carie avanzata di terzo grado, non rimanendo pertanto incerti sul da farsi nei casi disperati, in cui la terapia più razionale si dimostrava essere la chirurgica, applicata *d'emblé* od in secondo tempo.

Naturalmente per disciplinare l'andamento di un siffatto servizio, cercando di conciliarlo colle esigenze imprescindibili del servizio del fronte, occorse creare un organismo speciale di funzionamento che si uniformasse rispettivamente alle varie forme patologiche dentarie, non permettendo di accedere ai Gabinetti direttamente dalla trincea che ai soli casi di lesioni dentarie acute od a certi stati infiammatorî concomitanti, e riservando tutte le altre cure comuni dell'Odontoiatria conservativa ai soli periodi di riposo che metodicamente sono concessi alle truppe di prima linea.

In tal modo, armonizzando le esigenze rispettive e dando altresì al soldato la possibilità di eseguire — durante gl'intervalli fra le sedute — cure sussidiarie, atte a tutelare l'igiene della bocca e del cavo rino-faringeo — come gargarismi, colluttorî antisettici, pennellazioni medicamentose varie, ecc., da attuarsi presso il Corpo o Reparto, cui il soldato apparteneva — credo veramente di essere arrivato ad un buon segno sul cammino intrapreso, che è appunto quello di arginare nei limiti dell'umano le condizioni di fatto suesposte, sottraendo il soldato che già soffre nel fango e fra i pericoli della trincea a maggiori sofferenze ed evitando l'imbarazzo di provvedimenti medico-legali con nocumento tangibile per la compattezza dei ranghi.

Da quanto sopra può dedursi tutta l'importanza che ha l'attuazione di un buon organismo funzionale in rapporto ai servizî odontoiatrici di guerra, specie nelle zone, in cui le truppe subiscono con più intensità gli esquilibri dell'ambiente esterno e le influenze di fenomeni atmosferici notevoli. Organismo funzionale che tenga appunto nella dovuta considerazione le azioni durature di natura reumatizzante, originate dai suddetti elementi, sia sulle bocche in stato fisiologico mediocre, non costituenti certo la pluralità, che sulle bocche in stato patologico pressochè abitudinario, costituenti sempre un numero impressionante; e che si sforzi con costanza di neutralizzare gli effetti complessivi di tali esquilibri, derivati dall'ambiente esterno, che insieme a tutti gli altri elementi fisici e psichici antigienici proprî della trincea agiscono al massimo grado sulla bocca e sulla sua flora batterica.

E tutto ciò è da attuarsi alle spalle di queste truppe che operano in prima linea, tanto più approfittando dello speciale carattere di guerra di posizione che, specie nella zona montuosa, evita la frequenza di combattimenti in grande stile. E da organizzarsi in particolari luoghi di cura, dove sia più facile l'accentramento e l'attuazione delle cure conservative opportune.

Tenente Medico
Dott. EUGENIO GIOVANNINI.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Arti congelati e loro trattamento nella guerra attuale.

(E. KILBOURNE TULLIDGE. *Medical Record*, 1° luglio 1916).

Il freddo è probabilmente la maggiore sofferenza e il nemico più temuto dai soldati dei due eserciti sul fronte orientale: per esso non v'è rimedio: debbono sopportarlo un giorno dopo l'altro. L'A. ha percorso le linee a dorso di cavallo attraverso la neve che acceca e il nevischio che si congela sulla criniera e sulla coda del cavallo; ha dormito la notte in sacchi a pelo sulla neve diacciata, nera; ha camminato lungo strade infangate e colme di neve fino a che la prima sensazione urente del gelo era sostituita dall'intorpidimento e dalla completa perdita di sensibilità negli arti, per cui gli uomini cadevano ed erano abbandonati sul bordo della strada per rimanere in quella oppressione di indolenza stanca e sonnolente prolungantesi per ore fino al termine dal quale non v'è ritorno: la morte foriera di pace.

Egli ricorda un episodio occorsogli mentre si dirigeva con rinforzi per incontrare l'uomo del giorno di tutta la Germania d'oggi, von Hindenburg. Attraverso alle montagne coperte di neve aveva perduto in mezzo a una bufera di neve il collegamento con le truppe e si accorse ben presto di essersi smarrito, nella sola compagnia di uno studente a lui addetto. Dopo molto errare scopre finalmente sei uomini raccolti attorno agli avanzi fumigeni di un focolare: si avvicina a loro e non avendone risposta li tocca: non si trattava che dei cadaveri di quattro russi e due austriaci riuniti insieme contro il comune maggiore nemico, morti assiderati.

I congelamenti delle estremità, particolarmente dei piedi, costituiscono i casi di gran lunga più comuni inviati nei mesi invernali agli ospedali o trattati al corpo.

La frequenza e la diffusione di questo stato può essere ascritta non solo al freddo continuo, intenso, delle regioni montagnose, ma a una disposizione dovuta alla permanenza in piedi nell'umido e all'inadeguato afflusso di sangue in questi punti. Le arterie dovrebbero esser tenute calde là dove sono molto esposte e si deve fare ogni tentativo per prevenire l'insorgere di disturbi trofici e circolatori che portano alle più serie complicanze come la gangrena, la sepsi generale e la morte. Tenendo presenti questi fatti dovrebbero essere fornite alle truppe sottovesti di lana in una quantità tale da permettere il cambio almeno tre volte la settimana. Tali indumenti caldi, puliti, producono sui soldati un duplice effetto, fisico e morale. Questa necessità è stata riconosciuta dalle autorità mediche e militari della Germania: dove per citare qualche cifra furono inviati con denari raccolti per sottoscrizione e per offerte private indumenti di lana e mezza lana per circa 23 milioni di marchi, mentre lo speciale « Comitato militare per sottovesti calde » fondato per iniziativa dell'imperatrice spediva doni per il valore di altri 20 milioni di marchi.

Alcuni individui presentano una predisposizione al congelamento a causa di condizioni cardiache patologiche e di difetto circolatorio in genere. Questo stato dovrebbe essere riconosciuto alle visite di arruolamento o dal medico del corpo, e redatta un'annotazione, per la quale coloro che ne sono affetti non dovrebbero essere mandati in regioni pericolose sotto questo punto di vista, sebbene nella campagna dei Carpazi tutte le zone sono più o meno assai fredde: ma si ricordi che « *the right man the right place* » è ancora qui un gran segreto di successo medico militare. Nè va dimenticato che probabilmente il più frequente ed importante fattore di una circolazione difettosa è la fatica, la quale a sua volta è più accentuata e più facile a insorgere nei climi freddi e nelle altitudini elevate.

Sono necessari quindi il riposo e dei cambi frequenti degli uomini in servizio attivo sul fronte; come del pari necessarie sono le calzature larghe, comode, senza bottoni o lacci, o delle soprascarpe di protezione.

Ove si prendano in tempo dei provvedimenti per tonificare le parti vasali e i nervi della gamba e del piede, nella maggioranza dei casi si riesce a prevenire il congelamento. Ciò può esser attuato per mezzo di bagni freddi quotidiani e di massaggio con neve prima e poi con olio di uliva. Alcuni ufficiali con circolazione povera ne beneficarono immensamente: e persuasi dell'efficacia del metodo lo continuarono per l'intera campagna invernale, guadagnando nel peso e nel tono muscolare.

Le alterazioni prodotte dal freddo sui piedi possono variare da semplici disturbi vasomotori a una gangrena totale delle dita o anche del piede intiero e della gamba. Dei soldati che restano per ore con le loro estremità inferiori immerse nella neve o nell'acqua fredda, la quale spesso forma una crosta di ghiaccio alla superficie delle calzature, soffrono frequentemente di un'alterazione vaso-motoria, la quale,

trascurata, porta alla morte dei tessuti e alla gangrena. Un fattore importante in questi casi è il continuo uso per parte delle truppe di fascie mollettiere e indumenti simili, che stringono la gamba e ne disturbano il circolo. I piedi si tumefanno, insorge rossore, parestesia, anestesia, nei gradi più avanzati, le gambe divengono edematose, la pelle può rompersi dando luogo ad un'ulcera a secrezione sierosa. Alcuni francesi attribuiscono le alterazioni sopra descritte esclusivamente all'umidità, ma l'A. crede non si possano considerare come uno stadio primario della congelazione, temporaneamente provocato dall'umidità eccessiva. Sta il fatto, d'altra parte, indiscutibile, che se questi casi sono tratti fuori dal luogo umido e posti in una stanza secca, calda, migliorano subito notevolmente.

I sintomi tipici del congelamento non si manifestano prima del quarto giorno di permanenza nell'acqua o nella neve, ma i disturbi circolatori, ove durante questo tempo siano presi in considerazione, indicano una certa alterazione: allora tutte le vestimenta costringenti la coscia, il ginocchio, la gamba, la caviglia debbono essere allontanate e deve esser praticato per opera del paziente stesso del massaggio con olio; al quale non da preferirsi delle soluzioni contenenti collodio, alcool, glicerina, tintura di iodio proposte da varî autori.

La circolazione sanguigna e linfatica è assai difficile verso le estremità degli arti e quindi si richiede un aiuto artificiale nel caso di stravasi sanguigni in queste regioni: movimenti attivi e passivi praticati abitualmente dovrebbero essere raccomandati ai soldati in servizio, e prescritti anche negli ospedali ai degenti di questa malattia. Tuttavia nel secondo caso, piuttosto che una applicazione immediata di questi movimenti, l'A. sostiene un'immobilità di 7-10 giorni con massaggio quotidiano, frizioni esterne e idroterapia, prima di iniziare i movimenti; ottimi coadiuvanti per tonificare il sistema motore, la caffeina e caffè caldo.

Negli stadî più avanzati esiste necrosi delle parti invase, di solito le estremità delle dita o le mani o i piedi. Questa potrebbe esser classificata come una gangrena secca o mummificazione. Ma il più delle volte, praticamente sempre, interviene l'infezione che stabilisce una necrosi putrefattiva. Tale infezione si inizia assai rapidamente dalle più piccole rotture della pelle nei primi stadi e si diffonde subito accompagnata da disuria, oliguria, ematuria, disturbi di sensibilità nelle varie parti del corpo, alterazioni del metabolismo. Il miglior trattamento in questo stadio della malattia è anzitutto costituito da frizioni con neve o acqua fredda all'aperto, quando si possa cogliere il caso nelle prime 24 ore; facendo avvenire gradualmente il passaggio a un'atmosfera più calda. In seguito si praticheranno frizioni o massaggio con olio o alcool (alcuni preferiscono trementina, benzina, allume ecc.) seguiti dall'elevazione dell'arto ben avvolto in cotone spalmato di vaselina borica. Le bende che mantengono questo cotone dovranno essere esenti da qualsiasi pericolo di costrizione.

La comparsa di vesciche e lo scoloramento della cute indicano la gangrena imminente: è ora il momento di applicare tintura di iodio sull'intera superficie dell'arto, spingendosi ben in alto, possibilmente fuori della zona invasa. Le vesciche contengono un fluido sieroso, del colore di sangue scuro, e debbono essere aperte, accuratamente pulite e medicate con qualche polvere essiccante, preferibilmente borace polverato, acido salicilico od ossido di zinco. Si potranno praticare sulla zona infiammata, o vicino ad essa, delle incisioni allo scopo di far evacuare del sangue o linfa ivi trattenuto: saranno piccole, talvolta semplici punture, ed estese fino all'osso. Ad esse si vedrà seguire un effetto stimolante sulla circolazione capillare e sulla rigenerazione dei tessuti, con una diminuzione dell'invasione gangrenosa, salvando così quanto più è possibile della parte lesa. Un'amputazione immediata o precoce è assolutamente controindicata, in quanto è impossibile dire quanto dei tessuti danneggiati possa sopravvivere. È vero che si stabilisce una linea di demarcazione, ma i tessuti che le stanno vicini possono poi lentamente tendere alla guarigione.

È meraviglioso come una zona di gangrena apparentemente grave possa restringersi lasciando un'area granulante vivente per quanto infetta. Delle dita e anche dei piedi interi completamente invasi, possono riguadagnare il loro colore e il primitivo buon aspetto, se correttamente curati. L'operazione quindi deve esser rimandata fino a quando almeno sia evidente quanto e quale tratto di pelle sia utilizzabile per fornire una buona copertura del moncone. L'indugio d'altra parte non deve assolutamente attendere il momento della caduta spontanea delle parti morte, a causa dell'infezione settica generale che l'accompagna. E con molto suo dispiacere l'A. ha visto morire cinque dei suoi casi appunto per aver seguito nei primi giorni del suo servizio i consigli di altri pure autorevoli chirurgi e aver voluto aspettare troppo.

Per operare questi casi il chirurgo deve cono-

scere a fondo la tecnica delle amputazioni e di sarticolazioni delle estremità. Fra queste le operazioni di Lisfranc, di Chopart, di Syms, di Pirogoff, occupano un posto eminente, in quanto ne risulta un moncone assai utile per alcuni usi e mestieri negli anni successivi. A questo punto l'A. entra in dettagli descrivendo minutamente la tecnica delle operazioni suddette: crediamo inutile riferirne quì, rimandando ai manuali di medicina operatoria.

Se le dita sole sono invase si praticherà la disarticolazione della prima giuntura situata dietro la linea di demarcazione, lasciando un ampio spazio per il libero drenaggio del moncone infetto aperto, e una quantità di tessuti sufficiente a formare un lembo rispettabile quando l'infezione sarà vinta. Le amputazioni di tutte le dita attraverso i metatarsi si attuano semplicemente e facilmente, con buoni risultati. In tali operazioni si porrà cura a conservare i tendini dei muscoli flessori ed estensori, suturandoli all'involucro cutaneo o al periostio, assicurando così il controllo del moncone.

Molta attenzione va posta al trattamento postoperativo di queste amputazioni e disarticolazioni delle dita. Alla fine della prima settimana si inizieranno dei movimenti attivi e passivi per sostenere la forza dei muscoli, particolarmente degli estensori, che degenerano prima dei flessori. Le dita o parti di dita rimanenti debbono esser lasciate libere o in uno stato di facile mobilità onde il paziente possa esercitarle continuamente per evitarne la rigidità. E si lasci libero anche quel tanto che è possibile della mano sì da permettere al malato di afferrare degli oggetti. Finalmente, sospendendo il braccio al collo, si faccia attenzione che la mano non venga a cadere in giù per il proprio peso o non sia compressa dall'estremità della fasciatura.

Sebastiani.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(nostri resoconti particolari).

Riunioni medico-militari di Ferrara e Rovigo istituite dall'Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

IV Riunione.

Villa del Seminario presso Ferrara - 8 ott. 1916.

Presidenza: G. Boschi.

Illustrazione della assistenza sanitaria per malati nervosi di guerra.

G. Boschi. — Altra volta l'O. illustrò le esigenze e l'organizzazione della Assistenza sanitaria neuropsichiatrica di guerra.

È oggetto della Riunione odierna la visita e l'illustrazione dell'*Ospedale speciale per malati nervosi Villa del Seminario presso Ferrara.*

Questo Ospedale specializzato è stato specialmente indicato dalla molteplicità delle malattie nervose, non mentali, di guerra, come le statistiche dei paesi belligeranti le dichiaravano e come teoricamente erano presumibili. Infatti, se per dare fenomeni pazzeschi sembra necessaria una predisposizione psicopatologica, pare logico arguire che in un soggetto non predisposto i gravissimi traumi psichici e gli affaticamenti di guerra abbiano a determinare più frequentemente, quando riescano patogeni, delle forme di puro e semplice esaurimento nervoso.

Ma se pur queste forme sono più numerose nelle circostanze della guerra, esse esistono, più o meno diverse, anche nella società ordinaria. Ed è a lamentare che la spedalità civile non le abbia fin qui prevedute e manchino ospedali speciali per le numerose e svariate forme di nevrosi e psiconevrosi, come la nevrastenia, l'isterismo, la psicastenia, l'epilessia; le quali, in moltissimi casi, non si possono curare congruamente nè negli ambulatorii, nè negli ospedali comuni, nè nei manicomi.

L'Ospedale militare speciale per malati nervosi di Ferrara richiama adunque alla società civile un problema nuovo di spedalità e ne addita la soluzione.

La personalità di questo Ospedale si esplica in varii caratteri di costituzione e di funzionamento. La tecnica psichiatrica da cui esso è regolato parte da questo principio: i malati sono responsabili di loro medesimi, tuttavia hanno bisogno di una gruccia morale. Onde l'assistenza, informata a questo criterio clinico fondamentale, non vincola la libertà come nei manicomi, ma esercita la maggiore possibile sorveglianza compatibile colla libertà.

Fedele alla moderna fusione della clinica delle malattie mentali colla clinica neuropatologica, l'Istituto ospita malattie e lesioni varie del sistema nervoso oltre a quelle dette psiconevrotiche.

Nell'Ospedale è fatto largo campo alla confortevolezza del soggiorno, agli sports ricreativi, al lavoro rieducativo, alle cure fisiche in genere (meccano-elettro-idro-fototerapiche). L'O. auspica che, memori del sistema nervoso e della importanza che il tono di questo esercita anche sul decorso delle malattie interne e delle ferite in genere, anche gli Ospedali comuni coltivino l'estetica dell'ambiente e vadano istituendo frequenti passatempi per i militari degenti negli Ospedali.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOLOGIA.

La ricerca chimica di piccole tracce di sangue.

Numerose sono le reazioni proposte per la ricerca di piccole tracce di sangue nelle feci, vomito, ecc.; le più usate sono quelle del guaiaco, della benzidina, della fenolftaleina, del verde malachite, dell'eosina, dell'alizarina.

Quasi tutte queste reazioni però, sono date oltre che dal sangue, anche da altre sostanze, quali pus, muco, diversi sali, ecc., ciò che del resto si può facilmente prevedere, riflettendo che la reazione è basata sopra cambiamenti di colore indotti dal pigmento ematico sopra certe sostanze, con la fissazione di ossigeno sottratto dell'acqua ossigenata o dell'essenza di trementina; tale azione catalitica può venire esercitata da diverse sostanze; da ciò l'infedeltà della reazione, che è massima per la fenolftaleina e per il verde malachite.

Per i bisogni della pratica rispondono, secondo C. Salvini (*Riforma med.*, 1915, pag. 1353), meglio le reazioni della benzidina e dell'eosina *purchè si ritengano positive solamente quando il cambiamento di colore si verifica non oltre i trenta secondi;* in tali condizioni la sensibilità non è molto alta (1 a 15,000), ma si può essere sicuri della fedeltà.

Richiamiamo la tecnica delle due reazioni. Per quella alla benzidina, si mette un pizzico di questa in una capsula di porcellana e tanto acido acetico glaciale, quanto è sufficiente per scioglierla: si aggiungono poi 4-8 goccie di acqua ossigenata, ed in seguito, a goccie, il liquido da esaminare (o meglio un estratto alcoolico-etereo), agitando con una bacchetta di vetro; la reazione è positiva quando si ha la formazione di un colore verde-scuro, che volge al blu di Prussia.

Per la ricerca con l'eosina si prepara il reattivo nel modo seguente: in un matraccio si pongono gr. 2.5 di potassa caustica e gr. 2 di acqua distillata; si aggiungono poi 10 cmc. di una soluzione al 0.5 di eosina pura cristallizzata in 100 di alcool assoluto. Si tiene in bagno maria bollente per 8'-10' aggiungendo poi alcune goccie di alcool assoluto per compensare le perdite durante l'ebollizione.

A 5 cmc. del reattivo si aggiunge 1 cmc. di acqua ossigenata al 10 % e si fa cadere a goccie il liquido da esaminare: se la reazione è positiva la miscela da azzurra si fa giallo-oro o giallo-arancione con fluorescenza giallastra o verdastra.

Secondo l'A. in tutte le dette reazioni, si può sostituire l'acqua ossigenata con l'oxilite, che è una miscela di perossido di sodio con una piccola quantità di sali. FIL.

CASISTICA.

La meralgia parestesica.

La meralgia parestesica è un'affezione caratterizzata da disturbi della sensibilità della cute della parte superiore ed esterna di una o di ambo le coscie. Si tratta di una forma di neurite del nervo cutaneo esterno: essa dà quindi solo disordini sensitivi senza alcun fatto motorio. La sensibilità sull'area di distribuzione del nervo affetto, di regola nettamente delimitata, è abolita: i lievi toccamenti, il caldo ed il freddo, ed in certo modo anche le punture non sono avvertite.

Il più delle volte il contatto di oggetti sulla pelle nuda è percepito come attraverso uno spesso strato di panni: la sensibilità è attutita come si verifica sul dorso di una mano inguantata. Nei casi inveterati si può determinare un ispessimento della pelle corrispondente ed un'atrofia dei follicoli piliferi. In rapporto a questo fatto o anche come un effetto dell'analgesia locale, il fenomeno della *cutis anserina* può mancare localmente: se si esamina il paziente in un ambiente freddo si può constatare che l'erezione dei peli manca nella parte superiore ed esterna della coscia affetta, mentre nella rimanente parte dell'arto come su tutte le altre parti del corpo il fenomeno è bene evidente.

D'altra parte l'anestesia e l'analgesia non sono i soli disturbi della sensibilità. L'infermo accusa varie parestesie: dolori come trafitture, sensazioni come se una mano invisibile stringa la coscia e la strappi come una manata di carne oppure come sulla parte affetta fosse versata dell'acqua bollente. Queste parestesie in genere sono di breve durata, si ripetono ad intervalli di tempo molto variabili e si manifestano in genere con i mutamenti atmosferici, nelle notti molto fredde ed umide o in seguito ad un falso movimento. I dolori per altro sono di varia intensità: possono ridursi ad un semplice formicolio ed anche raggiungere una intensità tale da sminuire grandemente o annullare del tutto l'attività del paziente.

La etiologia di quest'affezione non è ancora nota. È stata attribuita a cause tossiche (alcool, ossido di carbonio), ma secondo Rutherfurd

(*The British medical Journal*, 21 ottobre 1916) la causa della meralgia parestesica è meccanica e reumatica.

Il nervo affetto, come già si è detto, è il cutaneo esterno. Le particolarità del decorso anatomico di esso dà ragione del fatto che esso con una certa frequenza va soggetto a processi nevritici. Esso immediatamente al di sotto della spina iliaca anteriore superiore attraversa la lamina profonda della fascia lata. Per questo fatto il nervo è esposto a frequenti compressioni sull'osso, è più degli altri tronchi nervosi, per la sua superficialità, esposto alle cause reumatizzanti, ed è facilmente compromesso nei processi di fibrositi della fascia lata dovuti alle medesime cause reumatizzanti. Questo fatto spiega e dà ragione di fatti clinici che si osservano in questa affezione: esacerbazione dei disturbi durante le variazioni atmosferiche, l'esposizione al freddo umido, e dopo gli sforzi corporali. In relazione a questa teoria l'A. propone come cura l'intervento chirurgico (sbrigliamento del nervo). Ma oltre a ciò la meralgia parestesica si cura col massaggio, l'elettricità. Gli attacchi acuti si combattono con la fenacetina, applicazioni calde locali ed infine coi purganti per eliminare eventuali compressioni dell'intestino sul plesso lombare. D'altra parte i pazienti devono fare cure ricostituenti e difendersi convenientemente dal freddo e dall'umido.

DR.

Un caso di monoplegia spinale spastica del braccio da colpo di arma da fuoco.

Otto Sittig (*Neurolog. Centralblatt*, 16 novembre 1916) dopo aver premesso che la guerra ha apportato una quantità di fatti interessanti la patologia del midollo, riferisce un caso a suo avviso interessantissimo e che non trova riscontro in altri.

Si trattava di un individuo presentatosi all'A. nel maggio 1916 e che nel novembre 1914 aveva riportato ferita da pallottola di fucile, la quale era penetrata ad un dito trasverso a destra dell'apofisi spinosa della 7ª cervicale ed era fuoriuscita a circa due dita trasverse al disotto dell'angolo mandibolare sinistro.

All'esame obbiettivo nulla si riscontrò a carico delle pupille, dell'oculomozione e dei faciali. In corrispondenza del braccio sinistro si rilevò diminuzione della forza muscolare ed aumento del tono muscolare ai movimenti passivi. I riflessi profondi degli arti superiori erano più vivi a sinistra che a destra. I riflessi addominali erano per converso più vivaci a destra, il cremasterico era presente a destra e mancante a sinistra. Il patellare era vivace d'ambo i lati, l'achilleo presente bilateralmente. Non si riscontrava il segno di Babinski a destra, nella gamba sinistra si aveva il segno di Rossolimo ed accenno al segno di Babinski. Nulla a carico della motilità del braccio destro e delle gambe, del pari la sensibilità generale ed il senso di posizione dei vari segmenti degli arti si presentavano integri.

Manca il quadro sintomatico presentato immediatamente dopo la lesione dal paziente, il quale riferisce solo che si sentiva la gamba sinistra molto debole e non avvertì alcun disturbo a carico della sensibilità.

In base quindi ai dati sovraesposti il Sittig conclude che in questo caso si trattò di una ferita del midollo in direzione dorso-ventrale che interessò solo il cordone piramidale laterale sinistro come ne fanno fede i fatti spastici a carico del braccio sinistro ed il fenomeno di Babinski e di Rossolimo riscontrati da questo lato.

TRAMONTI.

La mano a martello e la mano plantare nella paralisi cubitale.

La paralisi cubitale è un postumo assai frequente delle ferite di guerra; Hesnard (*Paris médical*, 26 agosto 1916) richiama l'attenzione sopra un segno di essa, incompletamente descritto dagli autori.

La mano a martello consiste in una esagerazione manifesta della sporgenza palmare sottostante all'articolazione metacarpo-falangea, accompagnata generalmente da un inarcamento dorsale corrispondente. La convessità palmare si combina spesso con l'artiglio dei flessori e dà alla mano, veduta di profilo, una specie di avvolgimento a S od a collo di cigno, in cui la testa sarebbe rappresentata dall'estremità delle dita.

La sporgenza palmare è sopratutto evidente in corrispondenza del mignolo, mentre il pollice sfugge alla deformazione.

La mano a martello non è però costante nella paralisi cubitale; spesso non si osserva che dopo molti mesi, e talora manca o esiste solo allo stato di abbozzo. In tal caso bisogna ricercare la sola sporgenza palmare, la quale dà alla mano un aspetto, che ricorda quello della pianta del piede, donde il nome di *mano plantare*.

Queste due deformità indicano una lesione dell'ulnare e si trovano anche quando gli altri sintomi mancano o sono poco chiari, sia che i muscoli ipotenari funzionino normalmente, sia

che non esistano disturbi della sensibilità, sia che riesca difficile mettere in evidenza la paralisi del pollice.

La posizione viziosa della mano si accompagna ad una ipertonicità degli estensori, ed anche dei flessori.

L'ipertonicità di due gruppi muscolari apparentemente antagonisti, ma di azione non opposta ,si spiega con uno squilibrio del tono muscolare dovuto alla deformazione del braccio di leva metacarpo-falangeo. Questo, normalmente, oppone una resistenza rigida all'azione dei tendini lunghi, mentre, stabilitasi la paralisi cubitale, diviene articolato, in seguito alla perdita di tono in flessione della prima falange ed in estensione delle due altre (azione degli interossei e dei lombricali). Entra in giuoco allora l'azione tonica dell'estensore, che agisce sulla prima falange e del flessore, che agisce sulle altre due. Nella mano plantare, la sporgenza palmare si spiega con ciò che, mancando il tono dei lombricali ed interossei, le apofisi falangee dei metacarpi fanno sporgenza sotto le parti molli, per la tonicità dei muscoli rimasti intatti (flessori). Ciò farebbe ritenere che gli interossei abbiano una certa importanza nel mantenere la concavità palmare normale; del resto le deformità descritte non si riscontrano mai nella paralisi isolata dei lombricali, innervati dal mediano, e, nel caso presente, questa non fa che esagerare un sintomo dovuto alla paralisi degli interossei.

Una volta costituitesi tali deformità, se ne hanno delle altre successive nelle articolazioni e nelle ossa; quando la lesione del nervo è suscettibile di guarigione, si ha un regresso incompleto delle deformità. FIL.

TERAPIA.

L'ectina ed il novarsenobenzolo nella malaria.

Nei casi d'intolleranza per il chinino e nei casi anche nei quali questo farmaco si dimostra insufficiente, sopra tutto nelle forme di malaria tenaci e recidivanti con anemia persistente, giova ricorrere all'arsenico. Questo metalloide sopra tutto nella forma di derivati organici ha un'azione sicura nella cachessia palustre. L'ectina, che è il sale sodico dell'acido benzo-sulfon-paraminofenilarsinico, ha nel trattamento di tutte le forme ostinate e gravi di malaria un posto di prim'ordine. Essa ha un'azione ben differente da quella della chinina. Questa è nettamente febbrifuga: dopo una buona dose somministrata durante la piressia, la febbre cessa talora bruscamente. Con l'ectina invece si ha un'attenuazione graduale degli accessi, questi diventano sempre più leggeri mentre lo stato generale migliora rapidamente. Pare che l'ectina agisca come antiemolitico favorendo nello stesso tempo la fagocitosi. Non si tratta di un antiparassitario, ma di un medicamento che modifica il terreno: i suoi risultati sono solidi e durevoli, non rapidi e brillanti.

Negli accessi di malaria perniciosa, nei casi cioè nei quali occorre agire con medicamenti ad azione rapida ed intensa, la cura dell'ectina non deve essere tentata. In questi casi e sopratutto quando il chinino è rimasto senza effetto o quando si tratta di pazienti già saturi del detto farmaco, forse il novarsenobenzolo, che è un preparato arsenicale più nettamente antiparassitario dell'ectina, può riescire utile. Ma, nota Crespin, questi accessi perniciosi in pratica si incontrano ora raramente, ed ancora meno si verificheranno se i malarici siano convenientemente curati a tempo con l'ectina. Lo stesso Crespin ne consiglia la somministrazione sia mediante iniezioni che per via boccale a gocce. Somministrata nella quantità di gr. 0.10-0.20 al giorno e per parecchi giorni, aumenta il numero e l'attività dei globuli bianchi, il numero delle emazie ed il tasso emoglobinico. Loiselet usa a preferenza le iniezioni intramuscolari. Una sola iniezione di 0.20 gr. basta talora a dare un notevole miglioramento nelle forme gravi con dimagramento marcato ed anemia intensa. Nel caso ritorni la febbre si può fare una seconda iniezione dopo due o tre giorni. Gougerot consiglia la forma pillolare: egli nella sifilide ha somministrato due pillole di 0.10 gr. al giorno e per 10-15 giorni senza fenomeni di intolleranza. Analogamente si può trattare la malaria. Tre sono le controindicazioni dell'ectina: 1° lesioni croniche dell'orecchio; 2° lesioni del fondo dell'occhio con alterazioni del nervo ottico; 3° la nefrite.

Si tratta di affezioni più frequenti nei sifilitici che nei malarici, ma per ogni buon fine conviene tenerne conto per evitare spiacevoli conseguenze. (*Le Bullettin Médical*, 1916, n. 45).

a. a.

PROFILASSI.

Efficacia della vaccinazione anticolerica.

G. Kaupp e G. Kretschmer pubblicano (*Münch. Med. Woch.* n. 30, 1916) un lungo lavoro sul valore e la durata d'azione della vaccinazione anticolerica; le osservazioni sono state fatte principalmente nell'esercito austro-ungarico.

Secondo gli AA. citati, lo stato di immunità relativamente elevato viene raggiunto rapidamente. Durante un periodo che si inizia 2-3 settimane dopo la vaccinazione e continua fino a due mesi e mezzo dopo la vaccinazione, anche durante forte epidemia, si nota infezione colerica solo nell'1-5 % dei vaccinati. Il decorso del la malattia è in questi notevolmente più mite: la mortalità oscilla fra 0 e 24 % (nei non vaccinati fra 22 e 60 %).

La durata dell'efficacia protettiva è di 3-4 mesi circa e non di un anno, come prima si credeva.

Per la rivaccinazione sembra sufficiente una sola iniezione, meglio se di 2 cmc., anzichè di uno solo.

Dalle esperienze pratiche e dalle ricerche sierologiche risulterebbe confermato il concetto di Wassermann e Sommerfeld, che cioè la possibilità del contagio naturale viene diminuita per l'elevazione del potere battericida specifico del sangue.

Nell'esercito austro-ungarico il colera fu molto diffuso al principio della guerra; nel 1915 costituì solo il 0.2 % di tutte le malattie, mentre nella popolazione civile di alcune regioni si aveva anche il 60 %. Alla fine di luglio di quest'anno gli eserciti del fronte russo ed italiano erano esenti dal colera.

FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(778) *Ricerca del sintomo di Kernig.* — L'abbonato n. 1616 desidera sapere come rilevasi il fenomeno del Kernig (meningite).

Il sintoma di Kernig si può ricercare in tre posizioni: seduta, coricata, eretta.

Nella prima posizione bisogna far sedere il paziente sul letto: in questo movimento egli flette le coscie sul bacino e le gambe sulle coscie; si cerca allora con una leggera pressione sulle coscie di estendere gli arti inferiori sul piano del letto. Quando il Kernig è positivo l'estensione è impossibile. Talora si ottiene l'estensione ma l'ammalato non può mantenersi a lungo in questa posizione per la insorgenza di vivi dolori.

Nella posizione coricata la ricerca del sintoma è più comoda. Si solleva lentamente la gamba estesa sulla coscia tenendo una mano sulla faccia anteriore del ginocchio. Quando la gamba è innalzata ad una certa altezza sul piano del letto, sempre prima di raggiungere la posizione perpendicolare, si avverte una flessione del ginocchio che è invicibile e talora dolorosa.

In posizione eretta (è ovvio che non sempre la ricerca può essere fatta in tale posizione) il sintoma si ottiene mettendo il soggetto a gambe divaricate e diritte e con le braccia conserte, facendo quindi flettere il tronco sul bacino: durante questo movimento e precisamente quando il tronco raggiunge quasi la orizzontale le gambe si flettono e presentano una contrattura irriducibile.

DR.

(779) *Sul meccanismo e sul valore diagnostico dei riflessi.* — L'abbonato n. 6830 desidera conoscere le migliori memorie e monografie sul meccanismo e sul valore dei riflessi addominali e cremasterici.

Indichiamo la relazione del Crocq al Congresso di neurologia e psichiatria tenutosi a Gand nel 1913 e pubblicata nello stesso anno dall'*Encéphale.*

DR.

(780) *Trattamento di ulcere varicose delle gambe.* — All'abbonato n. 2150:

Nelle ulcere varicose degli arti inferiori, di data recente, Ella molto utilmente, senza dubbio, prescrive il riposo assoluto in letto, lavando l'ulcera stessa con soluzioni debolmente antisettiche, e proteggendola con una adeguata fasciatura, rinnovata tutti i giorni. Allorchè cominciano a sorgere dal fondo dell'ulcerazione bottoni rosei, e l'ulcera si è trasformata in piaga, è assai da raccomandare la cura di Bainton, che consiste nell'applicazione di strisce di cerotto americano, embricate sulla piaga, in modo che ogni striscia copra parzialmente quella che la precede.

Utile molto nelle ulcere varicose infiammate la pomata al balsamo peruviano (5-10 %) con nitrato di argento 1 %. Solo quando inutilmente avesse impiegati tutti questi vari sistemi di cure, potrà ricorrere all'intervento chirurgico radicale.

P. C.

(781) *Cura del prurito anale.* — Al dott. D. P., che ci chiede consiglio sulla terapia di questo noiosissimo incomodo, rispondiamo quanto segue:

È soprattutto necessario un accurato esame locale allo scopo di stabilire possibilmente la causa (fistole, ragadi, ecc.). Frequentemente il prurito è legato all'esistenza di nodi emorroidarî, e si intensifica nella notte, appunto perchè il caldo del letto provoca la distensione delle vene emorroidarie. Sono indicati in ta'

caso i vaso-costrittori, applicando, p. es., dei suppositorì a base di adrenalina. Vengono consigliate anche delle lozioni di acqua calda: certamente utili possono riuscire le pratiche idroterapiche (doccia locale alternata).

Indispensabile è una scrupolosa pulizia della parte, da farsi un paio di volte al giorno. Anche dopo ogni defecazione, si procederà ad accurata lavatura con sapone ed acqua calda, asciugando poi molto bene ed applicando dell'acido borico o dell'ortoformio.

La dieta ed il regime debbono sottostare alle comuni regole igieniche, che si usano per la prevenzione delle emorroidi, proscrivendo alcool, caffè, spezie.

Le medicazioni locali consigliate sono a base di acqua vegeto-minerale, di resorcina (soluzione alcoolica al 5 %), di sottonitrato di bismuto e cocaina (eccipiente la lanolina), di acido fenico (soluzione a 1/60, applicata in forma di lozioni, una notte per settimana): taluno ha ottenuto buoni effetti anche con l'uso di raggi X.

Nei casi ostinati è stata praticata la dissezione di due lembi cutanei attorno all'ano, in modo da sezionare i nervi cutanei: il risultato sarebbe ottimo. Altri autori però osservano che rimangono in tal modo delle ferite estese, le quali impiegano lungo tempo a guarire: per ovviare a tali inconvenienti, Goodwin Gant (*Medical Record* del 9 ott. 1915) consiglia un procedimento, da farsi con anestesia locale in una diecina di minuti, mediante il quale il paziente potrebbe lasciare il letto dopo due o tre giorni. Ci mancano però in proposito dei particolari e l'esperienza personale. Sono state anche consigliate delle iniezioni sottocutanee di alcool, ma si citano dei casi di paralisi consecutiva dello sfintere. *ini.*

(782) *Sulla cura del morbo di Basedow.* — All'abbonato n. 5071:

Nella malattia di Basedow-Flaiani occorre innanzi tutto porre il malato nella quiete psichica e fisica più assoluta. La dimora in campagna può essere vantaggiosa. Da proscrivere è l'uso del caffè, thè, fumo e degli alcoolici. L'elettroterapia dà spesso degli eccellenti risultati: il miglior metodo è la galvanizzazione stabile del simpatico. Anche il trattamento faradico, secondo il metodo di Vigouroux, fu spesso usato con efficacia.

Come sostanze medicinali furono prescritti il ferro, la chinina, la belladonna, lo ioduro di potassio, il fosfato di soda, senza che per altro si possa assegnare a nessuno di essi un valore sicuramente dimostrato.

Come cura sintomatica: i preparati di bromo, la digitale, lo strofanto, la vescica di ghiaccio sulla regione cardiaca, ecc.

Alcuni, a vero dire con risultati tutt'altro che incoraggianti, usarono la tiroidina; altri il timo o preparati ovarici. Fu anche impiegato il siero di sangue di animali ai quali era stata estirpata la tiroide, o di malati affetti da mixedema.

Quando le cure mediche risultano inefficaci, può consigliarsi la strumectomia parziale. Da alcuni fu ritenuta utile in questi casi anche la resezione del simpatico cervicale sotto il ganglio supremo.

P. C.

(783) Al dott. Francesco Langella (cap. medico, Albania), abbonato n. 7667, che desidera conoscere una pubblicazione recente e completa di autore italiano sulla malaria, suggeriamo:

V. ASCOLI, *La malaria;* 1 vol. in-8° gr. di pagine 1267 con 5 tavole e 143 fig. Unione Tipografica Editr. Torinese. 1915. Prezzo L. 25.

R. B.

VARIA.

La fuga patologica in guerra.

La fuga patologica ha nella medicina civile un grande interesse diagnostico e medico-legale, ma più ne acquista nella medicina militare e sopra tutto in tempo di guerra. In questa circostanza la fuga diviene sinonimo di abbandono di posto e di diserzione in tempo di guerra, acquista la figura di un reato, per cui sono comminate pene gravissime, che vanno da pochi anni di prigione fino alla condanna a morte. Spetta quindi al medico la grave responsabilità di distinguere le fughe che hanno una base veramente patologica, da quelle che sono l'effetto della viltà o dell'indisciplina.

Logre (*Revue neurologique*, 1916, n. 7) ne distingue quattro forme patologiche: la fuga alcoolica, epilettica, malinconica e da emotività anormale.

La fuga alcoolica che più frequentemente si ha nelle truppe non è quella drammatica, allucinatoria, terrificante dell'alcoolista subacuto affetto da *delirium tremens;* si tratta invece di alcoolismo acuto, di ubbriachezza. È un automatismo ambulatorio, impulsivo, subcosciente, in parte amnesico, con disordini di orientazione, seguito da sonno riparatore e ritorno allo stato normale. Questa fuga, benchè

morbosa, dato il fatto che il Codice militare non ammette come scusante lo stato di ubbriachezza, non può essere considerata che colposa.

La fuga epilettica è caratteristica per il suo tipo recidivante. Si ha in individui che hanno altre manifestazioni epilettiche, o che appartengono a famiglie di cui qualche membro ha tale male. I caratteri particolari di questa fuga sono la impulsività, l'incosciente, l'assurdo, la frequenza, la stereotipia, l'incoercibilità dell'automatismo ambulatorio.

La fuga malinconica ha un quadro più movimentato e trofico. Si tratta d'individui che colpiti da uno stato di tristezza profonda in un accesso d'agitazione ansiosa fuggono verso casa per vedere la moglie o i figli, che credono gravemente malati. Questa fuga non ha nessun carattere particolare come quelli delle fughe precedenti, ma è altrettanto morbosa perchè si ha in individui colpiti da un accesso tipico di malinconia.

La quarta fuga, quella dei fobici e degli ossessionati, ha uno speciale interesse per la medicina militare. L'A. come esempio di questa forma dà la storia di un soldato. Questi fin dall'infanzia era un ansioso, un fobico, un pauroso. Aveva terrori notturni, paura continua di contrarre malattie e di morire. Adolescente ebbe agarofobia ed in seguito altre ossessioni e periodi di psiconevrosi d'angoscia con sensazione di morte imminente, paure infondate, bisogno di fuggire. In trincea aveva una paura terribile del cannone, aveva dei sussulti, impallidiva, tremava, si lamentava di palpitazione, di abbagliamenti di vista, di sensazione di bolo alla gola, di stringimenti di stomaco: si lamentava e piangeva. Divenne ben presto lo zimbello dei compagni. Cercava sempre i posti più riparati, si abbassava ai servizi più umili pur di essere il meno esposto che fosse possibile. Infine con la complicità di un compagno più risoluto fuggì.

L'A., perito nel processo, concluse per una responsabilità limitata, poichè la fuga, benchè premeditata, era stata manifestamente favorita dalla disposizione ansiosa patologica.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

D. CARAZZI e G. LEVI. *Tecnica microscopica.* Terza edizione riveduta, corretta ed aumentata. Un vol. in-8° di 484 pag. con figure. Soc. editrice libraria. Milano, 1916, lire 13.

La grande utilità di quest'opera pregevole è pienamente riconosciuta da quanti si sono trovati nel laboratorio alle prese con le difficoltà della tecnica microscopica. Ed a questo libro il principiante come il maestro possono ricorrere sempre, sicuri di trovare il consiglio che cercano, il metodo, che desiderano applicare. Potrà sembrare ad alcuno che gli AA. si diffondano troppo in certi particolari, giustamente apprezzati invece da chè si è trovato solo davanti all'incertezza lasciata da una dizione non chiara o da monche descrizioni in altri trattati. Unico desiderio nostro sarebbe che la parte patologica fosse trattata con maggiore ampiezza, in modo da assicurare a questo libro una più larga diffusione tra i medici. FIL.

E. GAUTRELET. *L'expertise alimentaire rapide.* II Ed. L. 3.00. Editeurs N. Maloine et fils.

In questo piccolo manuale che l'Autore ha fatto ristampare in occasione della guerra sono descritti tutti gli alimenti, il loro modo di preparazione, le loro più frequenti sofisticazioni. È un libro raccomandabile ai medici e farmacisti militari. *a. a.*

P. C. MITCHELL. *Le darwinisme et la guerre.* — Traduz. dall'inglese di M. Solovine, con prefazione di E. Boutroux. Un vol. in-16° della *Bibl. d. philosophie contemporaine.* (F. Alcan, Paris, 1916; 2 fr. 50).

Questo volumetto di 168 pagine è dedicato alla dimostrazione, basata su numerosi fatti, che la guerra tra nazioni umane non è effetto della legge fondamentale dell'evoluzione, stabilita da Darwin, cioè della lotta per l'esistenza, come vorrebbero i teorici dell'egemonia tedesca (von Bernhardi).

Nulla legittima l'assimilazione dell'uomo all'animale. Il primo possiede la coscienza della legge morale; non è, quindi, suddito delle leggi dell'incosciente; non è lecito, perciò, giudicare la sua condotta sulla base di questa.

Del resto il vero concetto di Darwin sulla lotta per l'esistenza non è quello della legge dell'evoluzione, ma quello della conservazione delle razze privilegiate, non in quanto sono le meglio armate per la distruzione violenta dei simili, ma in quanto sono le più adatte alle mutabili condizioni della vita. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI PARLAMENTARI.

Indennità ai medici territoriali.

All'on. Vinai il ministro della guerra ha comunicato la seguente risposta:

«Il decreto luogotenenziale 21 aprile scorso, n. 569, avendo richiamato in servizio d'autorità i cittadini laureati in medicina e chirurgia già prosciolti da ogni obbligo di servizio militare, ha inteso di concedere un'indennità in relazione al maggior onere di servizio loro imposto. Trattasi quindi di un assegno speciale che non può essere esteso a coloro che si trovano in servizio militare in base alle disposizioni riguardanti la generalità dei cittadini».

Per la promozione dei tenenti medici.

All'on. Zaccagnino ed all'on. Gasparotto il ministro della guerra ha così risposto:

«Il Ministero della guerra ha ripreso in minuto attento esame la questione del conferimento dei gradi in base a titoli accademici, saggiamente illuminato dalla Commissione sanitaria all'uopo costituita e della quale è autorevole membro il senatore professor Durante. L'esperienza in materia fatta dalla Commissione, ed il controllo pratico delle autorità militari, hanno condotto a quelle varianti ed aggiunte che sono state concretate con la recente circolare 734 del *Giornale Militare* del dicembre 1916 ed alla quale, come è noto, il Ministero non crede di apportare più alcuna modifica».

Nomine e promozioni degli ufficiali medici di complemento.

All'on. Restivo il ministro della guerra ha comunicato la seguente risposta:

«A norma delle disposizioni vigenti pel periodo della guerra, nelle nomine e promozioni degli ufficiali medici di complemento la valutazione dei titoli professionali ed accademici come quella della idoneità a coprire le funzioni al grado cui i candidati aspirano, è devoluta ad una speciale unica Commissione e non alle Direzioni di sanità (circolare 734 del *Giornale Militare*, n. 916).

«Quando trattasi di ufficiali medici di nuova nomina, evidentemente non possono aversi elementi per giudicare sulle loro attitudini al grado cui aspirano, mentre tali elementi esistono per gli ufficiali già in servizio e rappresentano un coefficiente non indifferente nella valutazione di tutti quei fattori che concorrono alla concessione della promozione.

«Non può parlarsi quindi di una disparità di trattamento fra gli ufficiali di prima nomina e quelli che in servizio aspirano a promozioni, essendo diverse le loro condizioni.

«Per quanto riguarda poi i giudizi che le autorità militari emettono nei riguardi degli ufficiali in servizio e che hanno importanza nella valutazione delle attitudini a coprire il grado superiore, si osserva che essi non possono essere frettolosi e fallaci perchè sono emessi da quelle stesse autorità che, avendo avuto l'ufficiale alla loro dipendenza, hanno avuto più di ogni altro l'opportunità di potere per lungo tempo e con ponderazione studiarne la capacità e le attitudini».

Esonerazione dei militari della Croce Rossa.

All'on. Gallenga il ministro della guerra ha risposto in proposito:

«I militari appartenenti alla Croce Rossa Italiana formarono già oggetto di speciale concessione col fatto di essere lasciati a disposizione della Croce Rossa stessa, in analogia a quanto si è praticato per altri corpi assimilati (guardie di pubblica sicurezza, guardie carcerarie, forestali, ecc.), giusta il regolamento sulle dispense 13 aprile 1911, n. 374.

«Pertanto essi non possono formare oggetto di un secondo provvedimento di esonerazione, ai fini del servizio di esattoria e collettoria delle imposte, senza venir meno agli scopi importanti per cui ebbero la prima concessione».

Iscrizione di studenti di medicina alla Sanità.

All'on. Vignolo il ministro della guerra ha risposto che le disposizioni vigenti stabiliscono che gli studenti di medicina e chirurgia da destinarsi alle compagnie di sanità debbano aver compiuto con successo almeno il primo anno di tale Facoltà, e presa inscrizione al secondo anno, principalmente perchè occorre evitare che siano assegnati alle compagnie di sanità gli studenti occasionali, quelli cioè che, per l'eventualità della loro chiamata alle armi, si inscrivono al primo anno di medicina al solo scopo di conseguire l'assegnazione alla sanità come aiutanti.

Tra gli studenti che ancora non abbiano nemmeno compiuto il primo anno di medicina possono solo per eccezione trovarsi elementi che, per particolare attitudine personale, siano atti a prestare servizio nelle compagnie di sanità; mentre tra i ministri del culto l'assistenza agli infermi fa parte degli uffici di carità del loro ministero e quindi nella generalità sussiste l'attitudine al servizio in sanità; a togliere la restrizione di cui si tratta, non può indurre una particolare esigenza del servizio sanitario perchè gli elementi da cui si traggono ora gli aiutanti di sanità, sono più che sufficienti al bisogno.

Del resto, le vigenti disposizioni prescrivono che gli studenti del primo anno di medicina siano a preferenza ammessi all'assegnazione alle compagnie di sanità, quando non sia possibile completare le quote di aiutanti con elementi provvisti dei prescritti requisiti professionali.

Trasporto di militari feriti e malati.

All'on. Cavina, che aveva interrogato su tale argomento i ministri della Guerra e dei LL. PP., è

stato risposto dal sottosegretario di Stato on. Visocchi che, anche in conformità delle prescrizioni del Comando Supremo, i soldati in non buone condizioni di salute vengono sistemati nei treni separatamente dai borghesi, in pochi per compartimento, e quelli viaggianti per servizio in apposite carrozze; ma non sempre nei treni intercomunicanti si riesce a mantenere le separazioni. Le autorità militari e quelle ferroviarie non mancano di escogitare e adottare i provvedimenti atti ad eliminare questa irregolarità.

Militari tubercolosi.

All'on. Grabau il ministro della guerra ha risposto mettendo in rilievo l'istituzione degli speciali ospedali e reparti di accertamento diagnostico ed il loro funzionamento, di cui ci siamo già occupati.

Diffidenze non giustificate.

All'on. Albertelli, che aveva interrogato il Ministro dell'Interno per sentire se risponda allo spirito ed agli scopi della legge sulla pubblica sanità la nomina da parte del Ministero a membro del Consiglio sanitario di Parma, del capo dell'ufficio d'igiene della città, gli atti del quale devono essere sottoposti al controllo del Consiglio, del quale è stato chiamato a far parte, il Ministero ha risposto:

«Nel senso, a cui tende l'interrogazione, disponeva l'articolo 18 del regolamento per l'applicazione della legge sanitaria, approvato con Regio Decreto 9 ottobre 1889, n. 1442; ma questa disposizione fu prima attenuata dall'articolo 17 del regolamento 3 febbraio 1901, n. 45; e poi abrogata esplicitamente con il comma secondo dell'articolo 1 del decreto luogotenenziale 31 dicembre 1915, n. 1910, emesso in virtù della delega legislativa conferita al Governo dal decreto luogotenenziale 18 novembre 1915, n. 1625, convertito nella legge 21 dicembre 1915, n. 1774.

«Nelle attribuzioni affidate al Consiglio provinciale sanitario manca infatti la fisonomia di mansioni di vigilanza o di tutela sulle amministrazioni locali e sui loro uffici tecnico-sanitari, onde è pure esclusa l'esistenza del rapporto di tutore a tutelato fra il Consiglio stesso e quelle amministrazioni e quegli uffici».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

Servizio medico militare.

Al dott. S. L. da S.:
Un tenente medico effettivo giudicato idoneo ai soli servizi territoriali di riserva non può essere promosso, sia pure per anzianità, al grado superiore.

Al dott. E. M. da N.:
Nessuna disposizione esiste per cui un medico di 42 anni non possa esser destinato a prestar servizio in prima linea.

Al dott. G. P. da B.:
Occorre che le autorità competenti motivino al Ministero le relative proposte di avanzamento con giudizio di idoneità, poichè, data la sua anzianità, al collega spetta la promozione a capitano, essendo egli in zona di guerra.

Al dott. G. B. da F.:
La circolare a cui accenna il collega è la 752 del 1916. Però occorre anche che siano stati promossi i suoi colleghi effettivi di pari anzianità nel grado, il che ancora non è; poichè quelli con anzianità del gennaio 1915 sono ancora tenenti.

Al dott. G. G. da N.:
Il collega non ha diritto che allo stipendio di capitano ed all'indennità stabilita per quelli che fanno servizio fuori dalla propria residenza. Nessun altro assegno gli spetta.

Al dott. A. T., Zona di Guerra:
Non è ancora andato in vigore il nuovo elenco delle infermità, la cui pubblicazione però non tarderà forse molto.

Comunque se il collega ha una miopia di 9 diotrie dovrebbe essere dichiarato inabile anche dalla commissione di Firenze, che è composta di un generale medico e di due ufficiali superiori medici.

All'abbonato n. 7207:
Occorre specifichi a quale classe appartiene e perchè è stato chiamato alle armi solo ora.

Al dott. F. T. da V.:
Il suo figliuolo, essendo solo studente del I° anno di medicina, non può essere assegnato alle compagnie della sanità, come realmente avveniva nei tempi passati.

Al dott. C. P., Zona di guerra:
I tenenti che si trovano alla fronte sono promossi con i colleghi effettivi della stessa anzianità. Per ora son promossi solo una parte dei nominati il gennaio 1915. Non vi è quindi da far nessun calcolo di mesi.

Per passare effettivi occorre anzitutto *attendere la circolare* che aprirà il concorso a tenente medico effettivo, e presentare domanda. Per mantenere il diritto alla condotta rivolgersi dal Sindaco del Comune.

Al dott. O. G., Zona di Guerra:
Non avendo i 15 anni di esercizio professionale non può aspirare ancora al grado di capitano.

All'abb. n. 1232:
Pur non avendo obbligo di prestar servizio il collega effettivamente è ora un militare, e dato il servizio che presta, un militare non combattente. La applicazione della tassa quindi non può essere impugnata.

All'abb. n. 6627:
Dovrà per via gerarchica far domanda al Ministero corredandola col diploma di laurea.

All'abb. n. 8415:
Il collega può certo far domanda perchè ha diritto a mente della circolare n. 734 alla promozione in considerazione dei titoli che possiede.

Al dott. N. S. da T.:

La circolare è la n. 734 pubblicata sul giornale militare del 1916.

Al dott. G. G., da P.:

Il collega non deve inviare nessun documento nè domanda. In base ai limiti di anzianità stabiliti dalla circolare n. 752 del G. M. dello scorso anno, le Autorità da cui esso dipenderà, se verrà chiamato in servizio, faranno lo specchio di proposta di avanzamento. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

ARTENA (Roma). — Cercasi interino. Diaria L. 25 Scrivere Sindaco.

BADIA (Rovigo). — Assumerebbesi interinalmente chirurgo primario esente obblighi militari. Presenze oltre 100. Stipendio annuo 4000. Consentito esercizio esterno professionale verso privati. Probabilità aggiungere condotta comunale, breve periferia, abitanti 2500, stipendio 3000. Produrre titoli.

CASOLA VALSENIO (Ravenna). — Cercasi, per un periodo indeterminato, un medico-chirurgo per la seconda condotta. Servizio gratuito pei soli poveri. Per notizie e trattative rivolgersi al Sindaco.

CASTEL DEL PIANO (Grosseto). — Cercasi interino. L. 450 mensili. Rivolgersi al Sindaco.

CASTELNUOVO SCRIVIA (Alessandria). — Cercasi medico condotto interino, per la durata della guerra, servizio poveri. Offerte, referenze al Sindaco.

FERMO (Ascoli Piceno). — *Ospedale Civile*. Cercasi assistente medico. L. 1500, oltre vitto ed alloggio.

FONTANA LIRI (Caserta). — Interino prima condotta L. 300 mensili; abitazione gratuita.

GIOJELLA (Perugia). — Interino; L. 450 mensili e indennità di cavalcatura. Rivolgersi al dott. Damiani.

LUCCA. *R. R. Ospedali ed Ospizi*. — Cercansi medici chirurgi interini. Per informazioni e trattative rivolgersi alla Direzione.

NORCIA. — Cercasi interino per il disimpegno delle due condotte di città, cura gratuita a tutti gli abitanti e direzione dell'Ospedale. Annue L. 8700, soggette a ritenute. Gli obblighi sono quelli stabiliti dal Capitolato pel servizio sanitario.

SALUDECIO (Forlì). — *Ospedale Civile*. Cercasi interino o condotto. Rivolgersi Sindaco.

SASSOCORVARO (Pesaro-Urbino). Cercasi Medico chirurgo interino, stip. netto mensile L. 400, domanda con diploma di laurea e certificato nascita al Sindaco.

SEDEGLIANO (Udine). — Cerca Medico per la durata della guerra, condizioni da stabilirsi, abitanti 5576 cens. 1911, topografia piana.

Cercasi durata guerra medico-chirurgo ridente frazione, Comune Pantelleria. L. 300 mensili oltre alcuni proventi. Scrivere Consorzio Medico, Kamma (Pantelleria).

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Chirurgia e Guerra.

È questo il titolo di una interessante conferenza tenuta dal prof. Davide Giordano all'Ateneo Veneto, domenica 14 novembre.

L'O., premesso che, per non urtare eventualmente suscettibilità contemporanee, vuol lasciare ai morti di dare suggerimenti ai viventi, e perciò intende mettere in evidenza gli insegnamenti che scaturiscono dalla storia, osserva, come abbia dovuto esistere una qualche chirurgia tra gli uomini preistorici per necessità di cose, e per analogia: se è vero quanto affermano taluni che persino tra i bruti si osservino tentativi di cura, nelle lesioni accidentali. E se anche tali osservazioni furono sbagliate, ne rimarrebbe pur sempre, più chiara anzi, la deduzione, che spesso la natura non disturbata può arrivare a guarigioni insperate, e che davanti alle lesioni violente bisogna anzitutto, non nuocere con interventi intempestivi. Dalla medicina animalesca col capraio-medico Melampo, ci fa passare alla medicina mitica, dicendo della quale ha occasione di accennare all'Egitto per biasimare l'eccesso di specialità in cui fu partita la medicina; e per segnalare come una descrizione data dallo Asson dell'antico popolo egiziano sembri dettata a ritrarre il Tedesco di oggi.

Attraverso a citazioni desunte da una lettera dello stesso Asson sulle conoscenze chirurgiche di Omero passa agli eroi che impararono chirurgia alla scuola di Chirone; e poichè questi concedeva loro di bere sola acqua, segnala la necessità di togliere il vino ai soldati se si vuole che combattendo vincano, malati, guariscano e che dopo la guerra emergano tra le nazioni: avverte che codesta guerra al vino è genuinamente italica di tradizione, da Romolo, che dannava a morte la dama che bevesse vino, al Redi nei suoi consulti, al Cardano, allo Assalini.

Ritornando agli Elleni antichi, mostra come per una selezione tra i guerrieri si sieno messi a parte i più abili nel medicare, e come solo per eccezione quegli antichi rispettassero i feriti nemici. Dai cattivi risultati conseguiti da Apollo quando volle imporre ai medici regole fisse nel medicare, passa a simili errori commessi più tardi e fino ad oggi, quando generali vollero prestabilire la condotta da tenere per parte dei chirurghi dell'esercito, davanti a varie classi di ferite.

Unico rimedio si è il destinare all'esercito chirurghi provetti e capaci di assumersi una coscienze responsabilità delle proprie decisioni, il che si sarebbe potuto ottenere, secondo il Bassini ed il Durante, colla mobilitazione delle Cliniche e dei principali servizi di grandi Ospedali.

Si volge quindi a discorrere in modo più particolare della neutralità dei feriti in guerra, partendo dall'Ospedale eretto in Gerusalemme attorno al mille da negozianti Amalfitani, passando per gli Ordini Ospedalieri, il memorabile compromesso per il rispetto dei feriti stipulato nel secolo XVIII

tra il conte di Stair ed il duca di Noailles, per arrivare alla Convenzione di Ginevra del 1864, detta della Croce Rossa. Riconosciuta la nobile opera di propaganda compiuta dal Dunant a tale proposito, il G. ci fa assistere, in certo qual modo, ad una risurrezione di Ferdinando Palasciano il quale fino dal 1861 menò una calorosa campagna a favore della neutralità dei feriti, della diminuzione delle mutilazioni; mentre ripudiava per i medici ogni distintivo e perfino la gerarchia militare, effettiva od assimilata, volendo che lo Stato tenesse apparecchiato, senza aumento di spesa in tempo di pace, il personale sanitario in numero illimitato necessario per la eventualità di una guerra. Giordano ritiene che una evoluzione degli Ospedali, augurata già dallo stesso Ziliotto e dal Minich, semplificherebbe la soluzione del problema. Vorrebbe per ciò che gli ospedali passassero allo Stato (con meno burocrazia) e non fossero semplici luoghi di cura medica, quasi astrazione dalla vita di lavoro, ma si completassero con scuole ed officine, in modo che da essi abbiano ad uscire non convalescenti disorientati, ma uomini invigoriti nella volontà, e preparati fisicamente (sia pure con l'aiuto di macchine se mutilati) e moralmente alla sana dignitosa vita del lavoro. A. Dian.

N. B. Per generosa concessione del prof. D. Giordano l'interessante conferenza verrà pubblicata e messa in vendita a beneficio del *Fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie*.

Chi desidera averne una copia, dovrà inviare cartolina-vaglia da L. 1,25 *al dott. A. Dian, campo S. Stefano - Venezia* come prezzo minimo, libero chiunque lo creda di offrire una somma maggiore; così si potrà dar modo a qualche collega di riparare alla sua assenza dagli offerenti a quel fondo per involontaria dimenticanza. I nomi degli acquirenti verranno pubblicati con la relativa offerta.

ALBO D'ORO.

Medaglia d'argento.

Sainati Leone, assistente della clinica medica di Roma, attualmente tenente medico della Croce Rossa:

« Di servizio al posto avanzato della sezione di sanità, durante il bombardamento del caseggiato ove il posto si trovava, continuava la sua opera instancabile di medico finchè crollata la casa, con grande coraggio e sprezzo del pericolo incitava ed aiutava ad estrarre dalle macerie i numerosi feriti; ne provvide poi al trasporto in luogo sicuro mentre continuava il tiro nemico ».

Medaglia di bronzo.

Sabatini Arturo, tenente medico (Reggimento Fanteria):

« Trovandosi in 1ª linea sotto l'intenso fuoco dell'artiglieria avversaria, medicava e soccorreva i feriti e provvedeva con calma al loro sgombero. Corza Violino, 16 maggio 1916 ».

Citoni dott. Beniamino, da Roma, tenente medico (Reggimento Fanteria):

« In una difficile regione di montagna, sprezzante del pericolo, organizzava il posto di medicazione, e benchè violentemente battuto da grossi calibri nemici e da intenso fuoco di fucileria, non badando per lunghe ore a fatiche nel curare i feriti, compiva la sua missione con calma e serenità. Zugna Torta, 17 maggio 1916 ».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

L'orario delle farmacie nella Provincia di Roma.

Il prefetto della provincia di Roma ha emanato il seguente decreto in data 31 dicembre 1916:

Gli orari per il servizio delle farmacie della Provincia, salvo le eventuali modificazioni che l'esperienza potesse in prosieguo richiedere, sono stabiliti nel modo seguente:

I. Per la città di Roma:

1. Apertura ore 7.30 da novembre a tutto marzo — Ore 7 da aprile a tutto ottobre.

2. Chiusura ore 21 da novembre a tutto marzo — Ore 22 da aprile a tutto ottobre.

3. Le farmacie potranno fruire del riposo festivo, ad eccezione di quelle che, secondo il turno di una ogni quattro, saranno obbligate al servizio settimanale giusta il prospetto stabilito d'accordo con l'autorità municipale.

La chiusura comincierà alle ore 12.30 protraendosi fino all'ora dell'apertura del giorno seguente, secondo gli orari della stagione.

4. Il servizio notturno che comincia alle ore 21 nei mesi di novembre a tutto marzo, alle ore 22 da aprile a tutto ottobre, sarà disimpegnato oltre che dalle 10 farmacie già designate dal Comune per l'assistenza sanitaria, da quelle altre che eventualmente l'autorità municipale ritenesse opportuno di autorizzare nella insufficienza delle già designate. Tale servizio cesserà all'ora di apertura delle farmacie, secondo gli orari della stagione.

5. Le farmacie chiuse per riposo festivo, dovranno, durante la chiusura, tenere esposta la leggenda con l'indicazione delle farmacie viciniori obbligate al servizio di turno.

6. Le farmacie municipali incaricate del servizio medico e farmaceutico notturno, nei giorni che ricorre il loro turno di chiusura festiva dovranno riaprirsi al pubblico mezz'ora prima dell'ora in cui ha principio il servizio sanitario per la notte.

7. Su proposta della Giunta municipale, potranno essere accordati permessi di chiusura durante l'orario diurno non oltre due ore e in modo che non trovinsi chiuse ad un tempo farmacie tra loro vicine.

II. Nei Comuni della Provincia ove esistono più farmacie:

1. Apertura da novembre a tutto febbraio ore 7.30, da marzo a tutto ottobre ore 7.

2. Chiusura da novembre a tutto febbraio ore 20.30, da marzo a tutto ottobre ore 21.

3. I turni pel riposto festivo saranno regolati in modo che ogni domenica restino aperte metà, e, in ogni caso, non meno di due, delle farmacie esistenti nel Comune.

4. Nei Comuni nei quali non è stabilito un regolare servizio di assistenza sanitaria notturna per cura dei Comuni stessi o di altri enti, il farmacista durante la notte, è tenuto a rispondere sempre alla chiamata del pubblico per le occasioni di urgenza manifesta o dichiarata nella ricetta del medico.

L'autorità municipale stabilirà all'uopo un turno tra i vari farmacisti.

5. Secondo le consuetudini locali, potrà pure essere permesso un riposo giornaliero intermedio, che non oltrepassi un'ora e mezza nei mesi invernali e due nei mesi estivi distribuito a turno tra le farmacie, in modo, da evitare che si trovino tutte chiuse contemporaneamente.

6. Sono delegate all'autorità municipale, sentito l'ufficiale sanitario e un rappresentante dei farmacisti locali, le modalità per l'attuazione di quanto è stabilito nei precedenti numeri 3, 4, 5.

III. In tutti gli altri Comuni nei quali esiste una sola farmacia:

1. Apertura nei mesi da novembre a tutto febbraio ore 7.30, da marzo a tutto ottobre ore 7.

2. Chiusura nei mesi di novembre a tutto febbraio ore 20.30. Da marzo a tutto ottobre ore 21.

3. È permesso un riposo giornaliero intermedio di due ore nel modo che stabilirà l'autorità comunale, sentiti l'ufficiale sanitario ed il farmacista.

4. La farmacia potrà rimanere chiusa nella mezza giornata pomeridiana della domenica.

Il farmacista, quando non lasci, in sua vece, un altro farmacista, non potrà allontanarsi dal Comune senza opportuni accordi col sindaco, sentito l'ufficiale sanitario.

Il presente decreto andrà in vigore il giorno 1° febbraio 1917 e copia del medesimo, unitamente alle ordinanze di competenza delle autorità municipali in materia, dovrà essere esposta al pubblico in ciascuna farmacia.

I contravventori alle disposizioni di cui sopra saranno denunciati all'autorità giudiziaria per il provvedimento penale ai termini dell'art. 14 della legge 22 marzo 1913, n. 408.

Assegnazione di benzina per i servizi sanitari civili.

Il Ministero della guerra, aderendo alle premure in proposito rivoltegli dal Ministero dell'interno (Direzione generale della sanità pubblica) è venuto nella determinazione di consentire, entro i limiti permessi dalle ben note difficoltà del mercato, assegnazioni di benzina per i servizi sanitari civili.

Una circolare ai Prefetti in data 18 gennaio, regola le modalità della concessione.

Il Ministero della guerra ha determinato che le assegnazioni delle quali si tratta possono esser fatte ai medici municipali, esclusivamente per lo esercizio delle mansioni inerenti al loro ufficio, ai direttori di cliniche delle Regie Università, e ai primari di ospedali, unicamente quando la rispettiva abitazione disti più di due chilometri dall'ospedale o dalla clinica, ovvero l'ospedale o la clinica siano suddivisi in due o più sezioni poste in località diverse, e solamente per rendersi dall'abitazione loro alla clinica od all'ospedale e farne ritorno; ai veterani rurali, che debbano prestar servizio in parecchi Comuni sparsi su un vasto territorio.

La circolare determina anche il fabbisogno mensile *massimo* consentito.

NOTIZIE DIVERSE

Per la patria.

Hanno immolato la vita per la Patria i dottori:

BARILATI ACHILLE, tenente medico in artiglieria;

BARSANTI ARNALDO, da Lucca, sottotenente medico nei Bombardieri, proposto per una ricompensa al valore;

BOSELLI FRANCESCO, già assistente alla R. Clinica Ostetrico-Ginecologica di Milano, morto in seguito a grave ferita per la quale dovette subire l'amputazione della coscia;

ORLANDI NINO, tenente medico in servizio attivo, caduto in Libia, decorato con medaglia d'argento al valor militare;

REBOA BRUNO, tenente medico;

SCORPATI ANACLETO, sottotenente medico, morto dopo due giorni di prigionia, in un ospedaletto austriaco, di una grave ferita alla base del cranio.

Chirurgia e medicina di guerra.

Nell'aula magna degli Istituti clinici di perfezionamento a Milano ha avuto luogo l'inaugurazione di un ciclo di conferenze di chirurgia e medicina di guerra da tenersi agli ufficiali medici in ottemperanza a recenti disposizioni dell'Ispettorato di sanità militare. La spaziosa aula era affollata da circa duecento ufficiali medici d'ogni grado.

La cerimonia fu aperta da un discorso del colonnello medico cav. Piceni, direttore della Sanità Militare locale; egli ha esposto a grandi linee l'opera difficile e multiforme, che la Sanità Militare ha compiuta in Milano dall'inizio della guerra. Di quale intensità e complessità sia stata quell'opera fanno prova le cifre seguenti. Nei varii ospedali militari esistenti in Milano e contenenti più che 16,000 letti, sono stati curati finora più di 84,000 fra soldati feriti e malati provenienti dalla zona di guerra; circa 50,000 furono i soldati curati provenienti dalle truppe di guarnigione o di passaggio per la città; circa 40,000 furono i soldati sottoposti a periodi più o meno lunghi di osservazione a scopo di accertamento di malattia o lesioni comportanti limitazioni di servizi. L'oratore espose poi il programma del corso di conferenze e mandò infine un affettuoso saluto agli ufficiali medici che fanno parte dei corpi mobili.

Seguì una conferenza del prof. Tansini, direttore della Clinica chirurgica dell'Università di Pavia e consulente chirurgo del Corpo d'Armata di Milano. Egli parlò con profonda dottrina e vivace chiarezza della gangrena; descrisse le varie forme in cui essa si presenta fra i soldati combattenti e ne espose la cura.

La cerimonia fu chiusa da brevi ma vibranti ed eloquenti parole di congratulazione e di auguri pronunciate in nome delle autorità militari superiori locali dal generale Angelotti, comandante il Corpo d'Armata di Milano.

Conferenze medico-militari.

Continua a svolgersi il ciclo di conferenze promosso dalla Direzione di Sanità del Corpo d'Armata di Roma. Ne segnaliamo una del prof. Augusto Tamburini sul tema: «Malattie mentali in guerra».

Licenziamento dalle armi di militari inabili.

Il Ministero della guerra per evitare che siano inutilmente trattenuti presso gli ospedali militari e presso i depositi dei corpi militari inabili a qualsiasi servizio, ha determinato che vengano senza indugio sottoposti a rassegna e licenziati dalle armi tutti i sottufficiali, caporali e soldati riconosciuti permanentemente o temporaneamente inabili, anche per i servizi meno gravosi di carattere sedentario, per cause dipendenti, presunte dipendenti, o non dipendenti da eventi di servizio, e ne regola le modalità (nel *Giornale Militare Ufficiale*).

Pro invalidi della guerra.

Il Consiglio della Società di Medicina Legale adunatosi sotto la Presidenza del prof. Tamburini il 7 dicembre 1916, in seguito a relazione del prof. Ottolenghi sull'assistenza medico-legale nella istituenda «Opera Nazionale pro Invalidi», dopo ampia discussione alla quale presero parte specialmente i consiglieri: generale Ferrero di Cavallerleone; procuratore generale Calabrese; prof. Alessandri; ha votato unanime il seguente ordine del giorno:

«Il Consiglio della Società di Medicina Legale plaude all'indirizzo assunto dal *Progetto di Legge sulla protezione e assistenza degli invalidi della guerra,* e specialmente ai criterii accolti per l'Assistenza giuridica e Medico-Legale; ma perchè tale assistenza sia efficace ed eviti il ripetersi degli inconvenienti verificatisi nell'applicazione della Legge Infortuni sul Lavoro; considerato che condizione essenziale di quest'assistenza, come la relazione stessa riconosce a pag. 17, è che sia affidata a «persone particolarmente indicate per titoli, per carriera, per mentalità, alle funzioni medico-legali necessarie»;

fa voti

che gli articoli 1 e 3 (lettera *d*) del disegno di legge siano meglio coordinati ai principii accolti nella relazione, e ciò perchè tale funzione di assistenza dell'Opera Nazionale sia stabilita in modo da poter efficacemente esercitarsi, con vero vantaggio morale ed economico del paese».

Per gl'infortuni agricoli.

Il Consiglio superiore della Cassa nazionale d'assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro, in merito ai provvedimenti che il Governo sta elaborando per largire ai contadini la promessa assicurazione contro gli infortuni agricoli, ha votato all'unanimità il seguente ordine del giorno:

«Il Consiglio superiore della Cassa nazionale infortuni, augurando prossima l'assicurazione agricola per gli infortuni sul lavoro, si dichiara pronto ad assumerla coi presidi della sua organizzazione centrale e compartimentale, estesa così in ogni parte del Paese, che la rendono atta alla immediata applicazione dell'auspicata riforma tanto provvida per i contadini, e tanto desiderata da quanti intendono al benessere delle nostre classi lavoratrici».

Disciplina dei consumi.

Un D. L. istituisce un Comitato composto dei ministri dell'Agricoltura, dell'Interno, dei Trasporti marittimi e ferroviari e di altro ministro da nominare dal Consiglio dei ministri, e affida ad esso le attribuzioni del Governo per quanto ha rapporto all'esecuzione di provvedimenti sulla disciplina dei consumi alimentari. Alla dipendenza del Comitato predetto, istituisce un Commissariato generale, da nominare per Decreto Reale, su proposta del Comitato dei ministri, sentito il Consiglio dei ministri, con ampii mandati esecutivi.

Vari DD. LL. disciplinano il consumo della carne (segnaliamo l'art. 8, che riguarda la provvista di carne per i malati), la panificazione, i consumi alimentari in ristoranti, trattorie, pensioni ed alberghi, lo smercio di dolci.

I ministri Raineri, Bianchi, Comandini e Canepa hanno diramato ai prefetti una circolare che affida loro l'incarico di istituire dei Comitati provinciali per provvedere alla propaganda per la disciplina dei consumi, diffondendo opuscoli, organizzando conferenze, facendo appello alla cooperazione delle donne.

Il ministro Bianchi ha tenuto nella Sala del Teatro Argentina in Roma, dinanzi ad un pubblico elettissimo, una conferenza intesa a compiere una duplice propaganda per la disciplina della coscienza di guerra del paese ed a favore dell'economia dei consumi. Questa seconda parte è stata una trattazione delle ragioni igieniche, economiche, sociali e politiche le quali esigono la sobrietà nell'alimentazione.

Per l'uso della saccarina.

Ci si comunica il seguente ordine del giorno:

«Il Comitato Sanitario Piemontese di Propaganda Patriottica considerato che gli esperimenti clinici e di laboratorio sulla saccarina e il largo uso che in altri Stati si fa di tale prodotto, escludono che sia di danno all'organismo, fa voti che il Governo provveda sollecitamente ad aumentarne il consumo in economia dello zucchero, tanto allo stato semplice quanto allo stato di zucchero sac-

carinato, avocandone a sè stesso la vendita e la distribuzione, onde evitare la speculazione privata che da oltre un mese ha iniziato l'incetta del disponibile esistente nel Regno.

Il Presidente: G. B. BOCCASSO».

L'opera del Comitato dei soccorsi americani.

Il Comitato dei Soccorsi Americani funziona in Roma fino dal novembre 1915, ed ha elargito per i militari ricoverati nei vari ospedali 614 casse di materiale, consistente principalmente in cloroformio, etere, tintura di iodio, lenzuola, cuscini, federe, coperte, asciugamani, camicie, biancheria personale, ecc.

La più gran parte del materiale viene ora spedita in Zona di guerra dove il Comitato dei Soccorsi Americani ha inviato il suo materiale sanitario a 45 ospedali.

Oltre al materiale fornito agli Ospedali militari, il Comitato dei Soccorsi Americani ha concorso con la contribuzione di una somma di lire 111 mila (compreso lire 20 mila per i mutilati) all'opera dei Comitati di assistenza, nonchè ad altre opere di beneficenza in relazione con la guerra.

Una sezione Italiana del Comitato Nazionale degli Stati Uniti d'America per materiale di medicazione, simile a quelle che funzionano in Francia ed in Inghilterra, sta per formarsi a Roma in relazione col Comitato dei Soccorsi Americani.

La nostra sottoscrizione per i soccorsi di guerra.

Facciamo appello alla solidarietà dei colleghi, perchè nessuno voglia mancare al dovere di porgere una mano alle famiglie dei caduti.

Siccome le condizioni della vita si fanno sempre più dure, diviene più sentito il bisogno del soccorso fraterno e più apprezzato ogni pur piccolo sacrifizio.

Non si rimandi adunque l'invio di un contributo anche modesto: la trascuratezza potrebbe significare una defezione.

Per l'assistenza dell'infanzia.

In applicazione del D. L. 13 giugno 1915, il Direttore Generale dell'Amministrazione Civile al Ministero dell'Interno ha pubblicato una relazione sull'assistenza all'infanzia, con speciale riguardo ai figli dei militari, e sono state assicurate all'uopo, per devoluzione di istituzioni dotali, annue L. 2 milioni 64.980,66; la somma, una volta tanto di lire 771.514,82, importo di doti decadute; il reddito sopra un capitale di L. 2.363.414,66, ammontare dei fondi privi di destinazione definitiva.

La rubrica della beneficenza.

La Commissione centrale di beneficenza amministratice della Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde, nella seconda seduta dell'anno scorso, comunicò che sulla somma di un milione e mezzo, messa a disposizione dal Comitato esecutivo in seduta 26 febbraio u. s., furono erogate L. 790,000 così distribuite:

L. 200,000 per l'allestimento di un Ospedale chirurgico mobile alla fronte;

L. 50,000 per concorso nella spesa di costruzione ed arredo dell'Officina nazionale di apparecchi di protesi per i mutilati in guerra;

L. 500,000 per opere di assistenza e di rieducazione professionale dei soldati mutilati e storpi;

L. 40,000 per la rieducazione professionale dei soldati resi ciechi in guerra.

La Commissione della Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde ha elargito in beneficenza dall'inizio della guerra circa L. 7,000,000, destinando L. 15,000 all'Istituto Bassini per gli erniosi poveri, L. 283,000 a Case di ricovero, L. 169,500 a Istituti caritativi di Milano e L. 4,180,000 alla Congregazione di Carità di Lombardia.

Donna Maria Carolina Maraini, per onorare la memoria del compianto marito Emilio, ha dedicato due milioni e centoventimila lire ad opere di beneficenza.

Gli eredi dell'industriale Mariano Delle Piane di Novi Ligure, padre del deputato on. Francesco, hanno assegnato L. 200,000 alla pubblica beneficenza.

Il Sindaco di Bergamo, cav. Pietro Zaccanoni, volendo perpetuare il ricordo del suo compianto unico figlio maschio, sottotenente Achille, caduto valorosamente nella Val Sugana mentre combatteva in trincea avanzata, seguendo il nobile impulso anche della sua signora, ha disposto la somma di lire 80 mila per la erezione e dotazione di un padiglione nel futuro ospedale già iniziato, con un pronto soccorso. Di detta somma lire 25 mila sono destinate per la costruzione del padiglione, e lire 55 mila per il suo funzionamento.

Ha disposto anche per altre elargizioni.

Il signor Minardi Vincenzo ha elargito L. 200,000 al Ricovero di Mendicità di Forlì.

La signora Carmela Carolina Giribaldi, di Bordighera, morta a Firenze, ha lasciato all'ospedale della sua città la somma di L. 50,000.

Il dott. Toccalli, morto recentemente a Sondrio, ha legato la somma di venticinquemila lire alla locale Congregazione di Carità.

A Bologna il conte A. Janelli, testè defunto, ha legato in eredità l'intera sua sostanza agli Ospedali Civ. Orsola e Maggiore.

Alla Scuola all'aperto di Milano, il sig. A. Wassermann ha elargito L. 3000 e promessa di dotarla di un gabinetto di fisiologia.

Gl'impiegati postali per la Croce Rossa.

La Presidenza del Comitato per l'omaggio nazionale alla Croce Rossa promosso dal personale delle Poste, dei Telegrafi e dei Telefoni, si è recata a versare nelle mani del conte Della Somaglia altre centomila lire, raccolte a vantaggio della umanitaria e patriottica istituzione. L'illustre presidente della Croce Rossa ha avuto parole di sentita compiacenza per la benemerita classe dei postelegrafonici, i quali raccolsero finora complessivamente la cospicua somma di lire quattrocentomila ed inscrissero varie migliaia di soci, dimostrando così un fervido sentimento di patriottismo in quest'ora storica per l'Italia nostra.

Per una quadruplice intesa scientifica.

Il direttore di « Scientia », E. Rignano, pubblica nel fascicolo del 16 gennaio della « Nuova Antologia » un articolo in cui sostiene l'opportunità di promuovere delle pubblicazioni periodiche internazionali tra i paesi dell'intesa, affine di togliere alla Germania quella egemonia e quel pericoloso accaparramento di tutta la produzione scientifica mondiale, cui ella mirava in questi ultimi anni con tanto successo. Sarebbe ambita la collaborazione dei paesi neutri e, a suo tempo, accolta se richiesta la collaborazione tedesca. Di tutti i lavori pubblicati in altre lingue si darebbe il sunto in francese.

Il contenuto di questi periodici sarebbe meno analitico e meno arido, di come ordinariamente non sia quello degli *Archives, Jahrbücher, Zentralblätter*, ecc. L'iniziativa dovrebbe essere promossa od incoraggiata dai governi dell'Intesa.

Nel giornalismo medico.

Siamo lieti di annunziare che inizierà prossimamente le sue pubblicazioni una rivista medica belga, « Archives Médicales Belges ».

Vedrà la luce in terra d'esilio, a Adinkerke, presso l'Ospedale Militare Cabour; è organizzata dai dottori N. Stassen e J. Voncken, per incarico del Ministero della Guerra e del Servizio Sanitario del Belgio; avrà il còmpito precipuo di centralizzare le attività mediche delle istituzioni ospedaliere e dei laboratori di clinica ed igiene dell'Esercito belga; farà largo posto anche alle recensioni dei lavori pubblicati in altri periodici di medicina.

Questa ripresa dell'attività editoriale belga è di lieto auspicio per l'eroico popolo, così selvaggiamente aggredito e oppresso, ingrandito nel sacrifizio, al quale vanno tutti i nostri voti.

Un omaggio al prof. Castiglioni.

Il prof. Giovanni Castiglioni, capitano medico addetto al padiglione Zonda, rimase ferito durante l'incursione di aeroplani austriaci sull'Ospedale chirurgico mobile delle Province Lombarde.

Appena fu possibile, venne trasportato nel padiglione Zonda, ove gli furono prodigate cure assidue ed amorevoli ed ove gli è stato tributato un simpatico omaggio, consistente in un artistico album, che sul frontispizio in pelle reca la riproduzione in rilievo del « Guerriero di Legnano » del Butti, col fregio della Croce Rossa in argento e smalto, e all'interno contiene le firme di tutto il personale ospedaliero, il quale concorse unanime a mandare in effetto il cordiale e gradito omaggio.

Medici prigionieri.

Ci risulta prigioniero degli austriaci il dott. Arcangelo Acconci. Fu fatto prigioniero con tutta la sezione sanitaria del .... Regg. Fanteria il 26 maggio 1916 sul monte Maronia nel Trentino e trovasi ora a Mathausen.

Egli volle medicare tutti i feriti del suo reggimento, essere loro compagno, provvedere al loro pietoso trasporto all'Ospedale nemico di Folgaria, consegnarli e raccomandarli al direttore di quell'ospedale. Tutto ciò potè compiere dopo infiniti contrasti col comando nemico, mercè la sua energia e la venerazione dei doveri professionali e militari.

Nave-ospedale inglese silurata.

Presso l'isola di Kea, la più vicina ad Atene delle Cicladi, è stata affondata da un sommergibile nemico la grandiosa nave-ospedale inglese *Britannik* che si recava a Salonicco col solo personale di bordo, 700 persone, di cui 150 rimaste vittime; non recava malati o feriti.

Per i militari, studenti in medicina.

In seguito all'interessamento del Ministro Bianchi, il Ministro della guerra con recente provvedimento ha disposto che tutti i militari studenti in medicina che si trovano fuori della zona di guerra, siano trasferiti, qualora ne abbiano già fatta domanda, nella città ove ha sede l'università presso la quale erano iscritti prima del 26 novembre u. s.

Annali d'Igiene.

La nostra amministrazione fa ricerca di copie dei primi due fascicoli del 1916. Sarebbe grata a chi, avendoli disponibili, volesse usarle la cortesia di ritornarli. In cambio darebbe una delle due pubblicazioni seguenti:

C. FERMI: *Il nuovo metodo italiano di cura antirabbica* (1 vol. di pag. 164);

A MURRI, E. MARAGLIANO e G. SANARELLI: *In memoria di Guido Baccelli* (1 fasc. di pag. 88).

Per un mancato esonero.

Per il mancato esonero del chirurgo primario dell'Ospedale di Faenza, chiamato in servizio quale capitano della Croce Rossa, quel Consiglio comunale, su proposta della Giunta e del sindaco, ha rassegnato all'unanimità le proprie dimissioni.

Ancora sul prenome di Doyen.

Ci risulta che il celebre chirurgo francese portava un duplice prenome, Luigi ed Eugenio. Egli preferiva di non usarne nessuno, come del resto è ormai costume tra tutti i medici e chirurgi francesi con larga clientela.

L'on. prof. **ANGELO BATTELLI,** il celebre fisico defunto or non è molto, va richiamato alla famiglia medica italiana, cui aveva consacrato un « Trattato pratico per le ricerche di elettricità in medicina ». Era nato a Macerata Feltria (Pesaro) il 28 marzo 1862; ha insegnato a Cagliari, Padova e Pisa; ha vinto due premi dei Lincei ed un premio Bressa (12,000 lire); alla Camera sedeva a sinistra.

È morto a Lucera non ancora cinquantenne il dott. **COSTANTINO BELLUCCI,** direttore di quell'Ospedale Civico, professionista valente ed apprezzato.

Rassegna della stampa medica.

Le Bull. Méd., 4 nov. GUÉNIOT: Amputazioni della coscia.
La Presse Méd., 2 nov. AMENILLE: Le nefriti acute te azotemiche delle truppe in campagna.
The Practitioner, nov. LEYTON, CAMMIDGE e HUME: Il trattamento del diabete mellito col riposo alimentare. — CYRIAN: Lievi spostamenti delle vertebre e degli ilii.
Annals of Surgery, ag. FAUNTLEROY: Le lezioni chirurgiche della guerra europea. — JONAS: Dislocazione della prima vertebra cervicale.
La Prensa Méd. Argent., 30 sett. ROFFO: La reazione cellulare nel cancro. — LEA PLAZA: Tumore della regione interpeduncolare.
Medical Record, 21 ott. PUTNAM: La mente medica.
The Journal Am. Med. Ass., 21 ott. REYNOLDS: Fertilità e sterilità. — ROSENOW e a.: Sull'etiologia della poliomielite epidemica.
Il Cesalpino, 1 nov. PROSPERI: In tema di ernia-infortunio.
Riv. crit. di Clin. Med., 4 nov. SCHUPFER: Diabete con ipertrofia tiroidea.
Paris Méd., 4 nov. Numero di oto-rino-laringologia e di stomatologia.
The Brit. Med. Journal, 4 nov. HALLIBURTON: Le funzioni possibili del liquido cerebro-spinale. — DOBELL e a.: Sulla dissenteria.
La Pediatria, nov. LETO: Terapia della stenosi laringea col metodo Bellotti-Isonni modificato.
Ann. di Ostetr. e Gin., n. 7. GENTILI e BIANCHI: I lipoidi della decidua.
Medic. Record, 14 ott. ELLIOT: Le artriti croniche multiple.
The Journal Am. Med. Ass., 14 ott. DAVIS: La chirurgia ostetrica. — EWLETT: La forma del polso.
The Boston Med. a. Surg. Journal, 12 ott. Numero sulla lotta antitubercolare. — 19 ott. Numero sul gozzo. — 26 ott. MC LANGHLIN: La poliomielite anteriore. — LOCKE: La pericardite.
La Malariologia, 31 ott. BARBIERO: Campagna antimalarica nella Repubblica Argentina.
Gl'Incurabili, 31 ott.: CANDIA: Opoterapia lattica.
Ann. de l'Instit. Pasteur, ott. CHIEVITZ e MEYER: Ricerche sulla pertosse.
Pathologica, 1 nov. SEGALE: Emissione di calore dopo il lavoro e in conseguenza della fatica.
The Journal of Trop. Med. a. Hyg., 1 nov. MC NAUGHTON: Il salvarsan nella filariasi.
The Medical Review, nov. HARE: Le cause del delirium tremens.
The Journal Am. Med. Ass., 28 ott. SHORTLE: Esiti remoti del pneumotorace artificiale. — W. J. MAYO: L'operazione radicale nella cura del cancro della seconda porzione del crasso.
Gazz. d. Osp. e d. Clin., 5 nov. PAVESI: Localizzazione dei proiettili. — 9 nov. BERTI: Colemia sperimentale.
La Presse Méd., 9 nov. GUILLAIN e BARRÉ: Le ferite del midollo spinale.
Paris Méd., 11 nov. AMIEUX: Meccanoterapia precoce per feriti in letto.
The Lancet, 11 nov. MACKENZIE: Il gozzo esoftalmico. — LOGAN: Batteriologia della diarrea infantile.
The Brit. Med. Journal, 11 nov. MUIR: La piressia delle trincee.
La Riforma Med., 13 nov. IZAR: Diarrea e dissenteria delle armate in campagna, con speciale riguardo alla terapia.
Arch. di Farmac. e Sc. affini, 15 nov. MAESTRINI: Modificazioni chimiche del contenuto del colon.
La Clin. Ostetrica, 30 ott.-15 nov. Numero monografico sulla sifilide.
Revue de Chir., mar.-apr.-mag. DUROUX e BASUT: Sulle ferite e paralisi dei nervi periferici. — COSTE, SCHWARTZ, MOCQUOT, MARTIN: Sulle ferite da arma da fuoco delle articolazioni. — HORNUS e PERRIN: Il metodo Carrel. — DUVAL e MERCADÉ: Estrazione dei proiettili. — MALIER e GLÉNARD: Le grandi ferite di guerra.
La Rif. Med., 6 nov. SISTO: L'avvelenamento per gas asfissianti. — POLLIO e RÜHL: Il luargol.
The British Med. Journal, 28 ott. BARLOW: Harvey. — RUTHERFURD: Meralgia paraesthetica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 4 febbraio 1917* Fasc. 6.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALETTO DA CAMPO N. 122.

La cura delle ferite craniche di guerra

per il dott. TOMMASO PONTANO
capitano medico direttore.

In una breve rivista critica, comparsa nei primi numeri dello scorso anno di questo periodico (febbraio 1916), a proposito dei feriti non trasportabili, facevo notare che feriti non trasportabili dai posti di medicazione all'ospedaletto più avanzato, non esistono al di fuori dei moribondi, e che i cavitari (cranici e addominali specialmente), compresi nella serie ufficiale dei non trasportabili, sono precisamente passibili di un utile trattamento, che in nessun luogo di prima linea può essere apprestato come in un ospedaletto.

Convinto di tale verità, provvidi al trasporto rapidissimo dei cavitari, quando era addetto in Val ..... ad un reparto someggiato di sezione di sanità; ho ottenuto dalle autorità sanitarie del settore di Col ....., e ne rendo vive grazie, che i cavitari fossero, anzichè lasciati alla sezione come prima si costumava, trasportati d'urgenza nel mio ospedaletto, non appena ne ho avuta la direzione.

I resultati che ho la fortuna di raccogliere si riferiscono a questo secondo periodo (novembre-luglio) in cui ho avuto la possibilità di curare e di seguire anche a lungo il ferito.

Durante tale periodo di tempo sono passati sotto la mia diretta osservazione 236 feriti al capo; 188 non presentavano lesione ossea, 48 avevano frattura completa o incompleta del cranio; in un quarto dei casi la lesione è stata rivelata unicamente dalla diligente sistematica revisione dei feriti.

Riporto le note cliniche dei feriti operati.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

I. — G... A..., fanteria; entra nell'ospedaletto il 23 novembre 1915. Ferito la notte sul Col di Lana da scheggia di bomba a mano; presenta ferita lacera della regione occipitale sinistra, fortemente sanguinante, divaricati i margini, si vede una piccola ernia cerebrale.

Sistema nervoso: amaurosi bilaterale, occhi ed altri nervi cranici integri. Lieve midriasi bilaterale, reazione pupillare alla luce appena accennata, reazione corneale vivace. Non deficienze motorie degli arti, sensibilità normale. Sensorio lucido, organi sani.

Intervento (ore 15). Anestesia locale stovainica 1 %.

Si sbriglia la ferita cutanea; con la sgorbia e col craniotomo si allarga la breccia cranica. La meninge appare lacerata e dal lembo anteriore zampilla un piccolo getto di sangue. Emostasi. Si regolarizza il margine della breccia e si scopre tutto intorno la meninge sana. La meninge risulta così lesa nella sua parte centrale, e dalla rottura di essa fa ernia sostanza cerebrale spappolata e sanguinante. Si pone un piccolo drenaggio di garza all'ipoclorito di sodio (2 %) nell'apertura meningea, e si approfonda per un cm. e mezzo circa; tamponamento all'ipoclorito sul resto della meninge. Con la puntura lombare si estraggono 60 cm. cubici circa di liquido fortemente emorragico.

Decorso postoperatorio normale; per sei giorni il liquor si mantiene emorragico. Dopo 17 giorni non solo il paziente distingue la luce dall'oscurità, ma un esame accurato fa rilevare il ripristino della visione centrale bioculare, sebbene ancora ambliopica.

Dopo 22 giorni la visione centrale è netta fino a leggere i caratteri grossolani. In tali condizioni viene trasferito. L'apiressia per 29 giorni fa pensare che sia scongiurato il pericolo dell'ascesso cerebrale, temuto per la persistenza della scheggia nell'interno dell'encefalo. La regressione nella sindrome visiva fa pensare che la scissura calcarina sia integra d'ambo i lati e che la amaurosi totale fosse dovuta alla emorragia e a fatti di diaschisi.

II. — R... C..., fanteria; entra nell'ospedaletto il 23 novembre 1915. Ferito poche ore prima sul Col di Lana da scheggia di granata; presenta ferita lacera della regione parietale sinistra, della lunghezza di 2 cm. circa. Condizioni generali ottime, polso un po' raro (60). Organi interni sani. Sistema nervoso: esame negativo, ad eccezione di un peculiare e ben definibile disturbo nella sfera della parola.

L'ammalato volontariamente si esprime a monosillabi e con pochissime parole di uso comune, pronunziate senza errori disartrici. Domandato, egli mostra di intendere, ma nella risposta o usa perifrasi, o si commuove e si addolora perchè non ricorda la parola corrispondente al pensiero.

Esempio: — Quale mestiere eserciti? — comprende la domanda, tenta di ricordare la parola, poi aiutandosi col gesto delle mani e della bocca, dice: suona, suona..... oih, madonna! Gli si domanda: musicante? — Sì, egli risponde prontissimo. Riconosce prontamente gli oggetti, sa a che cosa servono, ma spesso la nozione fonica del nome è scomparsa. La ripetizione delle parole talora riesce difficile, però si corregge degli errori. Manca adunque parzialmente il ricordo sonoro delle parole e specialmente di alcune parole. V'ha alessia, agrafia.

La scheggia di granata è ritenuta.

Intervento (ore 17). Previa anestesia locale stovainica, largo sbrigliamento dei tessuti molli, asportazione del contorno lacero della ferita. Si ritrova una piccola ernia cerebrale. Si regolarizza il margine della frattura ossea, si circonda l'ernia cerebrale di tamponi all'ipoclorito, così da isolarla, si tampona la ferita.

Decorso postoperatorio febbrile (37°-39°), liquido cefalo-rachideo sanguinolento per i primi sei giorni, poi torbido, così da fare temere la meningite purulenta; clinicamente: modica rigidità della nuca, sintoma di Kernig. Localmente la ferita ha decorso normale; l'ernia si copre di granulazioni di buona natura, pulsante.

In undicesima giornata la febbre scompare, la sindrome meningea dilegua, il liquido cefalorachideo è limpido.

Il 23° giorno anche il disturbo della favella è quasi totalmente scomparso e il ferito viene trasferito.

III. — M... S..., fanteria; entra nell'ospedaletto il 16 dicembre 1915. Ferito stamane sul Col di Lana da scheggia di granata. Esame del sistema: ambliopia, nel resto negativo. La ferita lacera è nella regione occipitale sinistra, parte superiore. Divaricando i margini della ferita si vede l'osso leso.

Intervento (ore 18) (1). Anestesia locale novocainica. Incisione a croce; l'osso presenta frattura completa; esiste un forame irregolare della grandezza di mezzo centimetro; il proiettile è ritenuto. Dal foro di frattura esce sangue e sostanza cerebrale. Si allarga e si regolarizza l'apertura ossea, si mette a nudo la meninge, la quale presenta così una perdita di sostanza centrale da cui geme scarsa quantità di sangue: il cervello è lacerato e pulsante. Un primo drenaggio si introduce nell'apertura meningea, e si affonda per un cm. circa; tamponamento all'ipoclorito della frattura ossea e della ferita cutanea. Con la puntura lombare si estraggono 40 cmc. di liquor intensamente sanguinolento.

Nei giorni consecutivi, segni clinici di risentimento meningeo, febbre modica, si pratica quotidianamente una puntura lombare per cinque giorni, finchè il liquido diviene limpido. Si costituisce una piccola ernia cerebrale della grandezza di una nocella, ben pulsante; dopo 18 giorni di degenza si trasferisce in ottimo stato, apirettico.

IV. — T... P..., alpini; entra nell'ospedaletto il 16 dicembre 1915. Ferito la mattina sul Col di Lana da scheggia di bomba a mano sulla regione frontale sinistra. Sfuggito al posto di medicazione reggimentale, giunge a piedi.

Ferita cutanea della regione frontale superiore sinistra, dell'estensione di un centimetro e mezzo, a contorni laceri. Ritenzione del proiettile. Esame del sistema nervoso: afasia motoria pura.

Intervento. Anestesia locale stovainica, sbrigliamento della ferita. L'osso frontale è fratturato: perdita di sostanza ossea per una superficie grande quanto un centesimo; attraverso di essa geme piccola quantità di sangue, e s'intravede la pulsazione cerebrale. Col craniotomo si mette a nudo la meninge, che presenta così una lacerazione centrale. Si asporta piccola quantità di sostanza cerebrale spappolata, si introduce un drenaggio intracerebrale, si zaffa all'ipoclorito.

Puntura lombare: si estrae liquido emorragico. Il proiettile è ritenuto. Decorso postoperatorio della ferita normale; alla sera stessa

(1) Operato dal dott. G. Menegali.

del 16 dopo poche ore dall'intervento, scompare l'afasia.

Lieve movimento febbrile: il giorno 21 diviene all'improvviso di nuovo afasico, si ritrova una piccola raccolta ematica sotto lo zaffo intracerebrale. Rimossa la raccolta, il malato riprende subito la facoltà di parlare. Il 22 compaiono convulsioni a tipo jaksoniano, limitate alla metà destra del corpo.

È trasferito il 3 dicembre dopo 17 giorni di degenza; l'esame del sistema nervoso è negativo; non ernia cerebrale; la ferita operatoria è ricoperta di granulazioni di buona natura.

V. — L... F... (1), fanteria; entra nell'ospedaletto il 19 febbraio 1916. Ferito a Col di Lana, ha riportato ferita della regione temporale destra, penetrante. Ematoma del pomello di sinistra dove si palpa il proiettile. Stato gravissimo, per cui non è possibile fare un esame del sistema nervoso.

Intervento (20 febbraio). Anestesia locale, incisione a lembo; sollevato un lembo cutaneo muscolare, si pratica in corrispondenza della frattura una craniotomia circolare fino a mettere a nudo la meninge, la quale presenta una lacerazione nel centro. Drenaggio intracerebrale, tamponamento all'ipoclorito. Estrazione del proiettile di fucile dalla gota di sinistra. Puntura lombare: si estrae liquido emorragico. Dopo 10 giorni, durante i quali il decorso della ferita chirurgica è normale, senza segni di complicanze di nessun genere, e con esame nervoso negativo, si trasferisce in altro ospedale.

VI. — P.... F..., fanteria; entra nell'ospedale il giorno 17 febbraio 1916. Ferito sul Col di Lana, ha riportata ferita trasfossa del cranio, con forame d'entrata nella regione temporofrontale destra, con foro d'uscita in corrispondenza dell'apofisi orbitaria sinistra; distruzione dell'occhio sinistro. Fuoriuscita di sostanza cerebrale dai due forami, condizioni gravissime, incosciente. Con la puntura lombare si estraggono 70 cmc. di liquor fortemente emorragico. Le condizioni permangono gravissime per una settimana; ad ogni colpo di tosse, ad ogni sforzo del paziente, si ha fuoriuscita di sostanza cerebrale che si modella sui fori d'ingresso e d'uscita.

Intervento (20 febbraio). Anestesia locale stovainica. Sbrigliamento delle ferite cutanee, eliminazione di numerose schegge ossee, a destra non si riesce a mettere a nudo la meninge; le linee di frattura si continuano per tutta la estensione dell'osso frontale. A sinistra si mette a nudo gran parte del lobo frontale, che ha subìto notevole perdita di sostanza. Tra la metà sinistra e la destra si è formato un tramite attraverso i seni frontali distrutti. Tamponamento all'ipoclorito, drenaggio attraverso i seni frontali.

2 marzo: Ascesso della palpebra di sinistra, che si incide e si vuota.

24 marzo: Il cervello si è ricoperto di granulazioni di buona natura, le condizioni generali sono ottime, non v'ha più secrezione dalla ferita, non vi sono nè deficienze motorie, nè alterazioni sensitive, l'intelligenza non ha subìto mutamenti; si trasferisce dopo 36 giorni di degenza.

VII. — C... G..., fanteria; ricoverato il 19 marzo 1916. Ferito sul Col di Lana il 19, fu trasportato il giorno stesso in grave stato. Presenta ferita della regione parietale superiore sinistra. Forame d'ingresso in basso, forame d'uscita poco più in alto, verso la linea mediana, fuoriuscita di sostanza cerebrale. Afasia motoria e sensoriale.

Intervento (ore 16). Previa anestesia locale, si mettono in comunicazione i due fori d'entrata e d'uscita, si trova frattura completa del parietale, con numerose schegge ossee infossate nel cervello, piccole schegge metalliche, coaguli recenti. Emorragia notevole dai vasellini meningei e cerebrali, difficile emostasi. Craniotomia circolare vasta: si mette a nudo la meninge, la quale presenta una perdita di sostanza grande quanto due centesimi. Ernia cerebrale di sostanza spappolata. Drenaggio e tamponamento all'ipoclorito. Puntura lombare: si estraggono 60 cmc. di liquido fortemente emorragico, a forte pressione.

20-21-22 marzo: decorso postoperatorio normale. Persiste l'afasia verbo-acustica, non la verbo-motoria.

S'inizia un periodo febbrile e di progressivo aggravamento; l'ernia cerebrale si dissolve; dal ventricolo laterale che si è aperto all'esterno, esce liquor sanguinolento. Ogni giorno si pratica puntura lombare a scopo decompressivo, e si ricava sempre liquor sanguinolento.

Muore in coma il 1° maggio. Non fu possibile praticare l'autopsia.

VIII. — M... P..., fanteria; ricoverato il 13 aprile 1916. La notte, colpito da un sasso, ha riportato ferita lacera della regione parietale destra. Con l'ispezione si riscontra lesione ossea. Il paziente ha avuto vomito, accusa cefalea intensa.

Intervento (ore 11). Anestesia locale novocainica; incisione a T. Con la sgorbia si regolarizza la breccia ossea, si sollevano delle schegge ossee che comprimono e lacerano la meninge. Fuoriuscita di liquor sanguinolento, emostasi dei vasellini meningei sanguinanti. Drenaggio e tamponamento all'ipoclorito. Si costituisce una piccola ernia cerebrale, la puntura lombare dà per quattro giorni liquor sanguinolento. Dopo 7 giorni si trasferisce in ottime condizioni; nessun disturbo nella sfera del sistema nervoso.

IX. — M... A..., fanteria; entra nell'ospedaletto il 18 aprile 1916. Ferito sul Col di Lana, ha riportato ferita lacera della regione temporoparietale destra; l'osso è leso. L'esame del sistema nervoso dà paralisi completa flaccida del braccio sinistro, lieve paresi del faciale inferiore sinistro.

Operato il 18 alle ore 14. Anestesia locale novocainica, sbrigliamento con incisione a T. L'osso è fratturato e avvallato; incastonata nell'osso è una palletta di shrapnell. Si estrae il proiettile e si sollevano le schegge ossee del tavolato interno, che comprimono e lacerano la meninge e ledono la sostanza cerebrale sotto-

(1) Operato dal dott. S. Silvestri.

stante. Col craniotomo si mette a nudo la meninge sana, si introduce un drenaggio di garza intracerebrale, si tampona all'ipoclorito.

Decorso postoperatorio normale, ripetute punture lombari dànno esito per cinque giorni a liquido emorragico.

Si costituisce una piccola ernia cerebrale, coperta da buone granulazioni, pulsante; la monoplegia brachiale persiste immutata; si trasferisce dopo 13 giorni di degenza.

X. — S... A..., prigioniero; ricoverato il 18 aprile 1916. Colpito nello scoppio della mina di Cima Lana, ha riportato ferita della regione frontale alta: divaricando i margini si trova l'osso leso. Condizioni gravissime: incosciente, polso frequentissimo.

Con largo sbrigliamento che va da una all'altra regione temporale, si mette a nudo il distacco dell'osso frontale dai due parietali nella linea di sutura. Lesione della meninge, fuoriuscita di sostanza cerebrale, che è rimasta nella linea di frattura.

Si regolarizzano i punti fratturati, si deterge, si tampona all'ipoclorito. Puntura lombare: liquido emorragico.

Lo stato generale migliora lentamente, localmente decorso della cicatrizzazione regolare; si trasferisce in trentesima giornata. L'esame nervoso negativo; granulazioni di buon aspetto coprono la vasta lesione ossea.

XI. — B... A..., fanteria; trasportato il 21 aprile 1916. Ferito nella notte sul Sief, giunge in grave stato: agitato, coscienza obnubilata polso raro (50).

Presenta ferita lacera, da palletta di shrapnell, nella regione occipitale sinistra. Non è possibile un esame del sistema nervoso; la puntura lombare dà esito a liquido fortemente emorragico ad alta pressione.

Intervento (ore 15). Anestesia cloroformica (l'anestesia locale non è stata sufficiente data l'irrequietezza dell'infermo). Incisione a T: si estrae la palletta di shrapnell deformata ed incuneata nell'osso. Craniotomia circolare: si estraggono piccole schegge metalliche e larghi frammenti ossei del tavolato interno, che ledono la meninge e il cervello. Si legano vasetti sanguinanti della meninge, si vuotano grossi coaguli sottomeningei che comprimono il cervello. Drenaggio intrameningeo all'ipoclorito. Il giorno seguente la coscienza è integra, il polso normale, nessuna deficienza motoria, nessun disturbo della visione.

Dopo piccole elevazioni della temperatura dei primi giorni, si ha apiressia, si costituisce una ernia cerebrale della grandezza di un uovo di piccione, che si ricopre di buone granulazioni ed è pulsante.

Si trasferisce dopo 19 giorni.

XII. — C... G..., fanteria; giunge all'ospedaletto a piedi. Presenta ferita del cuoio capelluto nella regione frontale sinistra superiore, che ha riportato stanotte sul Col di Lana. Divaricando i margini della ferita s'intravede l'osso leso. Esame nervoso negativo.

Intervento (ore 8). Anestesia locale stovainica, sbrigliamento a T della ferita cutanea: l'osso si mostra fratturato, le schegge del tavolato interno sono avvallate. Per rimuoverle è necessario praticare una breccia ampia quanto due soldi; alcune grosse schegge comprimono la meninge e contundono il cervello, altre piccole sono affondate nel cervello attraverso una lacerazione della dura. Si scopre la meninge sana e si legano alcuni vasellini ancora sanguinanti.

Drenaggio cerebrale, tamponamento all'ipoclorito.

Puntura lombare: liquido intensamente emorragico.

Non risentimento meningeo, nessun sintomo a carico del sistema nervoso, decorso postoperatorio normale. Dopo 10 giorni di degenza e d'apiressia, con una piccola ernia cerebrale della grandezza d'una nocella, coperta da granulazioni e ben pulsante, il paziente si trasferisce.

XIII. — G... G..., fanteria; entra il 19 marzo 1916. Ferito il 18 da scheggia di granata, ha riportato ferita della regione sopraorbitaria destra con frattura ed affondamento di scheggie ossee.

Ore 10: Anestesia stovainica, sbrigliamento della ferita cutanea, ablazione di schegge ossee: si nota piccola lacerazione della dura con fuoriuscita di liquor, ed apertura del seno frontale di destra: regolarizzazione della linea di frattura, tamponamento all'ipoclorito.

Trasferito dopo 10 giorni in via di guarigione.

XIV. — P... D..., genio; viene a piedi all'ospedaletto il 16 dicembre 1915. È stato ferito stanotte sul Col di Lana da scheggia di granata ed ha riportata ferita lacera della lunghezza di 6 cm. circa della regione parietale destra. I margini della ferita sono divaricati da un grosso coagulo misto a capelli e a terriccio. Detersa la ferita, praticata l'emostasi l'osso appare fratturato.

Intervento (ore 11). Anestesia locale stavainica, regolarizzazione dei margini, sbrigliamento a croce della ferita.

Il parietale mostra una rima di frattura estesa per 7 cm.: nell arima di frattura è incuneato un ciuffo di capelli. Con la sgorbia si esporta una larga squama del tavolato esterno, e con essa il ciuffo di capelli.

Con la fresa si allarga la rima di frattura nei punti più profondamente lesi dalla scheggia feritrice. Il tavolato inte.no è fratturato: si giunge fino alla meninge che è sana. Tamponamento all'ipoclorito.

Decorso postoperatorio afebbrile, dopo 5 giorni si trasferisce: esame nervoso negativo, la ferita è ben granulante.

XV. — M... G..., fanteria (1); trasportato il 2 giugno 1916. Ferito sul Sief da scheggia di granata, ha riportato ferita della regione temporale, con lesione ossea. Esame del sistema nervoso impossibile, data la gravità della ferita.

Anestesia locale stovainica, sbrigliamento, si allarga la breccia della squama del temporale, si estraggono le schegge ossee, si trova la meninge lacerata, e adagiata sulla rocca petrosa

(1) Operato dal dott. S. Silvestri.

una scheggia di granata che si estrae. Drenaggio e tamponamento all'ipoclorito.

L'ammalato muore in terza giornata coi segni di meningite.

XVI. — P... A... (1), bersaglieri; entra il 1° aprile 1916. Ferito ieri sera a Cima Lana da sasso, presenta ampia ferita lacero-contusa della regione medio-frontale, l'osso è leso ed avvallato.

Ore 10: Anestesia stovainica, sbrigliamento, sollevamento ed esportazione delle schegge ossee: dura madre lacerata, esce liquor sanguinolento, i seni frontali sono aperti, denudato per un tratto piccolo il seno longitudinale, breccia ampia quanto una moneta da cinque lire.

Drenaggio e tamponamento con garza all'ipoclorito.

Si trasferisce dopo 6 giorni di degenza, nessun segno meningeo, apirettico da quattro giorni, il liquor è divenuto limpido.

XVII. — O... V..., fanteria; ricoverato il 18 aprile 1916. Ferito stamane sul Col di Lana da schegge di granata. Presenta ferita paravertebrale sinistra medio-dorsale, penetrante nel torace, e ferita retromastoidea sinistra, con lesione ossea.

Ore 23: Anestesia locale stovainica, incisione a T: si rinviene incuneata nell'osso una scheggia di granata, che si elimina. L'osso è fratturato, le schegge sono avvallate: si sollevano e si asportano: la meninge è sana. Regolarizzazione della breccia ossea. Tamponamento all'ipoclorito.

Trasferito dopo 11 giorni in buone condizioni.

XVIII. — C... T..., fanteria; entra a piedi il 19 aprile 1916. Ferito stanotte sul Col di Lana da palletta di shrapnell sulla regione frontale sinistra, con lesione ossea.

Ore 17: Anestesia novocainica, sbrigliata la ferita cutanea, l'osso è fratturato, e le schegge sono avvallate, una palletta di shrapnell è inclusa nella lesione ossea. Craniotomia con la sgorbia, ablazione della palletta e delle schegge ossee, comprimenti la meninge, la quale è sana.

Si trasferisce in ottime condizioni dopo tre giorni di degenza.

XIX. — C... S..., fanteria; entra nell'ospedaletto il 22 maggio 1916. Ferito sul monte Sief ieri nelle ore pomeridiane, da palletta di shrapnell, nella regione occipitale destra, osso leso.

Ore 11: Anestesia locale stavainica, sbrigliata la ferita si sollevano schegge del tavolato esterno. Anche l'interno è leso ed avvallato. Con la sgorbia si allarga la breccia, e si estraggono le schegge del tavolato interno. La meninge è sana. Tamponamento all'ipoclorito.

Decorso postoperatorio normale, esame nervoso negativo, si trasferisce al quarto giorno di degenza.

XX. — G... S..., fanteria; entra il 9 luglio 1916. Ferito sul Sief da scheggia di granata, ha riportato ferita obliqua della regione parietale sinistra della lunghezza di 5 cm. Parestesie della metà destra del corpo.

Ore 11: Anestesia locale novocainica. Sbrigliamento a T della ferita, si eliminano schegge del tavolato esterno infossato nella diploe, e piccole schegge metalliche.

Il tavolato interno è fratturato, craniotomia con la sgorbia e con il craniotomo, si rimuovono ampie schegge del tavolato interno comprimenti la meninge. La dura madre è sana. Puntura lombare: liquido sanguinolento, da contusione cerebrale. Il liquido si mantiene emorragico per 7 giorni. Decorso postoperatorio ottimo: è dimesso dopo 29 giorni di degenza: la ferita è coperta di buone granulazioni; esame nervoso negativo.

XXI. — M... Q..., fanteria; giunge a piedi all'ospedaletto il 1° dicembre. Nella notte è stato colpito da scheggia di granata, ed ha riportato ferita lacera della regione medio-frontale. Divaricando i margini si ritrova l'osso leso.

Ore 10: Anestesia locale stovainica, sbrigliamento della ferita cutanea: l'osso presenta una rima di frattura, che si prolunga fino all'angolo orbitario di sinistra, ed incuneati nella rima di frattura sono dei pezzetti metallici. Con la sgorbia si asporta l'osso leso. Il tavolato interno è sano. Tamponamento con garza jodoformica.

Decorso postoperatorio normale, non sintomi nervosi, si trasferisce dopo 9 giorni di degenza.

XXII. — P... G..., fanteria; entra nell'ospedaletto l'8 gennaio 1916. È stato colpito da scheggia di granata sul costone di Livine, ha riporschegge metalliche incuneate nell'osso, forse appartenenti all'elmetto. Si estraggono inoltre ossea.

Intervento: Anestesia stovainica, sbrigliamento della ferita cutanea, nella rima di frattura ossea sono imbrigliati capelli e detriti di vestimenta, oltre a minutissimi detriti metallici. Con la sgorbia si determina un solco al posto della frattura, asportando i corpi estranei e parte del tavolato esterno. Il tavolato interno è integro. Non sintomi nervosi, tamponamento all'ipoclorito. Apiressia, la ferita si copre di ottime granulazioni, si trasferisce dopo 6 giorni di degenza.

XXIII. — M... D..., fanteria; entra il 24 aprile 1916. Ferito la sera avanti sul Montucolo, da pallottola di fucile, che, attraversato l'elmetto, ha determinato una ferita da striscio del cuoio capelluto della regione mediana fronto-parietale; inoltre si nota un piccolo foro d'ingresso della parte media della fronte.

Sotto anestesia locale si sbriglia quest'ultima piccola ferita e si estraggono cinque piccole schegge metalliche incuneate nell'osso, forse appartenenti all'elmetto. Si estraggono inoltre pezzetti di stoffa, derivanti dal giro interno dell'elmetto stesso. Si trasferisce subito.

XXIV. — I... G..., fanteria; entra il 9 aprile 1916. Colpito la notte sul Col di Lana da pallette di shrapnell, riportò: 1° ferita lacero-contusa della regione frontale, con lesione ossea; 2° ferita trasfossa parti molli della regione mandibolare destra; 3° ferita penetrante dell'emitorace sinistro; 4° ferita trasfossa braccio destro nel terzo superiore senza frattura ossea: 5° ferita parti molli dell'avambraccio destro; 6° ferita ginocchio destro. Sistema nervoso ne-

(1) Operato dal dott. G. Menegali.

gativo. Il 9 aprile sotto anestesia novocainica, sbrigliamento della ferita frontale, sgombramento dell'osso ed ablazione di pezzetti di tessuto incuneati nell'osso. Tavolato interno sano.

Rimane nell'ospedale un mese e mezzo per artrosinovite purulenta ginocchio destro. La lesione cranica guarisce completamente, ed è trasferito in buone condizioni.

XXV. — P... A..., fanteria; entra il 7 aprile 1916. Ferito ieri nel pomeriggio a Cima Lana, ha riportato ferita della regione occipitale destra all'altezza e dietro la regione mastoidea. Non segni nervosi. Alle ore 15 del 7 intervento: previa anestesia stovainica, si sbriglia la ferita, il proiettile (palletta di shrapnell) è parzialmente incuneato nell'osso. Estrazione del proiettile e di piccole squame ossee; il tavolato interno è integro. Dopo tre giorni si sgombra in ottime condizioni.

XXVI. — C... R..., fanteria; è trasportato all'ospedaletto il 21 aprile 1916. Ferito verso le 22 del 20 sul Col di Lana da schegge di granata. Presenta: 1° ferite multiple del cuoio capelluto, con lesione ossea della regione parietale destra; 2° ferita con foro d'entrata al naso e perforazione del mascellare superiore destro e della lingua; 3° frattura esposta dell'omero di sinistra.

Intervento (ore 15). Anestesia novocainica, si sbriglia la ferita e si asportano con la sgorbia schegge del tavolato esterno e corpi estranei (capelli e pezzetti di tessuto incuneati). Il tavolato interno è sano. La ferita cranica è completamente cicatrizzata, quando il ferito viene trasferito dopo una lunga cura richiesta dalle altre lesioni.

XXVII. — L... J..., del ..... cacciatori tirolesi, prigioniero; trasportato il 18 aprile 1916. Presenta ferite multiple al capo da schegge di granata, una al vertice, con lesione ossea, modico stato di commozione cerebrale.

Il 19, ore 18, incisione dei tessuti molli sotto anestesia stovainica, sgorbiamento dell'osso fratturato, il tavolato interno è sano. Tamponamento all'ipoclorito. Si trasferisce dopo 4 giorni in ottime condizioni.

XXVIII. — S... G..., fanteria; entra il 21 aprile 1916. Ferito sul Col di Lana da schegge di granata alla fronte, ferita trasversale della regione medio-frontale, ferita dell'avambraccio parti molli, congelazione dei piedi di 3° grado.

Alle ore 19 del 21 anestesia locale stovainica, sbrigliamento, si trova lesione dell'osso frontale ed apertura del seno frontale di sinistra, che si mostra pieno di coaguli. Regolarizzazione del margine della frattura, vuotamento del seno frontale. Tamponamento all'ipoclorito. Dopo tre giorni si trasferisce apirettico in ottime condizioni.

XXIX. — C... P..., bersaglieri; entra nell'ospedaletto il 17 luglio 1916. Giunge alle ore 5 del mattino in grave stato: polso raro (55), non vomito, coscienza obnubilata. Ha riportato nelle prime ore antimeridiane sul costone di Livine ferita da arma da fuoco della regione temporale sinistra; foro d'ingresso piccolo e lacero, non si vede foro d'uscita. Ha violenta cefalea, non deficienze motorie degli arti, paralisi dei muscoli dell'occhio sinistro, di cui è abolita completamente la visione. La puntura lombare dà esito a 35 cmc. di liquido emorragico, a forte pressione.

Intervento (ore 7). Anestesia locale novocainica, e incisione a croce con punto di mezzo nella ferita. L'ammalato è agitato, l'anestesia insufficiente; cloronarcosi.

Si trova l'osso temporale leso, la meninge scoperta ma sana; frattura della parete orbitaria esterna di sinistra. Si asportano un frammento metallico, e numerose scheggette ossee incuneate nella bolla adiposa. Si demolisce il margine orbitario esterno e si fa una accurata pulizia della parte. Il muscolo retto esterno (?) si ritrova libero con una scheggia ossea alla quale è aderente: si lascia in posto. Il tramite della ferita si volge in basso e verso la metà destra, si drena con un lungo stuello. Tamponamento all'ipoclorito.

Decorso postoperatorio normale nei primi giorni. Sopravviene febbre alta. Il paziente ha avuto in passato malaria, e presenta tumor di milza, duro, che deborda due dita dall'arco costale. Dopo tre accessi febbrili si somministra il chinino e la febbre cede completamente.

Subito nel momento della ferita il malato narra che ha perduto l'ultimo molare superiore di destra, e che ha sputato sangue e il dente stesso. Si nota infatti una piccola lesione in via di cicatrizzazione della gengiva in corrispondenza dell'ultimo molare che manca. Il tramite della ferita fa pensare che esso rappresenti il foro d'uscita della ferita. Dopo 6 giorni il liquido cefalo-rachideo è limpido, la ferita volge a cicatrice.

Il 30 l'esame dell'occhio fa notare paralisi del retto esterno; l'esame oftalmoscopico mostra atrofia incipiente della pupilla, piccole emorragie retinee prevalenti nella metà nasale, ad immagine rovesciata. La visione dell'occhio sinistro è completamente abolita, il globo oculare in buono stato e la cornea è sensibile.

È dimesso dopo 18 giorni di degenza in ottime condizioni.

Lo studio di questi casi si presta a considerazioni d'indole generale e a singoli rilievi di una certa importanza.

I buoni risultati ottenuti sono la conseguenza di due fattori:

1° il rapido trasporto, che ha impedito che l'infezione, latente, si impiantasse con le sue conseguenze fatali;

2° la revisione accurata di tutti i feriti al capo, che ha permesso una cernita delle gravi lesioni latenti.

Il rapido trasporto ha urtato sul principio della guerra contro idee dominanti. Si riteneva che i feriti al capo, con lesione ossea e cerebrale, fossero a tal punto danneggiati dal trasporto, che si stimava opportuno trattenerli nelle sezioni di sanità, piuttosto che far loro compiere il tragitto che la sezione divideva dall'ospedaletto. Nelle sezioni di sanità, che

hanno funzioni per eccellenza di trasporto, il ferito veniva, per necessità di luogo e di tempo, trattato con la cura aspettante e con metodi di astensione operatoria, e non raramente la meningite fatalmente determinava l'esito letale. La vicinanza dell'ospedaletto alla sezione, possibile in una guerra come la nostra di montagna e di posizione, rese chiara l'incongruenza e il pericolo della disposizione: anche l'emorragia epidurale, che molto danno subisce dal trasporto, non deve se non al più presto essere curata all'ospedaletto.

Al rapido trasporto è strettamente legato l'intervento a breve distanza dal trauma: a noi è riuscito di operare a distanza di poche ore nella maggior parte dei casi, al più tardi dopo 24 ore. La constatazione non ha poca importanza per le ferite di guerra: nelle infezioni che minacciano la meninge, bisogna prevenire, o la cura si ridurrà in seguito ad una attesa dolorosa dell'esito fatale. I medici degli ospedaletti capolinea si devono persuadere che la medesima cura, negli ospedali di seconda linea o di riserva, o non ottiene i medesimi confortanti risultati o giunge tardiva.

La revisione diligente dei feriti al capo è obbligo preciso dei medici dell'ospedaletto avanzato, anche se l'ultima medicatura è stata eseguita pochi minuti prima, anche se il tabellino diagnostico non parli che di semplice lesione del cuoio capelluto, anche se il ferito giunge a piedi e presenta l'esame nervoso negativo. Solo in una camera di medicazione, provvista del necessario, è possibile rendersi conto dell'entità delle lesioni e della indicazione ad un intervento chirurgico: troppe volte, anche su feriti che avevano percorso parecchi chilometri a piedi, è stato necessario operare e trattenere: sia il medico reggimentale, che il medico della sezione, per la mancanza d'ambiente, per le necessità del momento, non possono eseguire indagini minute.

Qualunque sia la necessità del momento, il ferito al capo non deve essere sgombrato dall'ospedaletto se non quando si sia sicuri: 1° che l'osso sia integro; 2° che anche ad osso integro, non vi siano segni nervosi che facciano supporre una lesione vasale (per. es. parestesie).

La revisione dei feriti al capo va fatta con tutti i mezzi, anche con una incisione esplorativa, e all'uopo servono ottimamente e rapidamente gli anestetici locali (stovaina, novocaina). Quando il divaricatore non offre luce sufficiente, val meglio praticare una incisione dei tessuti molli, anche se superflua, che correre il pericolo di non vedere o di non curare una lesione ossea. Il numero dei cranici è poi in questi ultimi tempi notevolmente accresciuto: la causa va ricercata nell'uso dell'elmetto metallico che impedisce a molte ferite (da shrapnell, da schegge) di determinare la morte sul campo.

***

I pericoli immediati e lontani che accompagnano una ferita al cranio, sono stati la guida alla nostra condotta.

Il ferito al cranio perisce:

a) per commozione, contusione, lesione dell'encefalo;

b) per compressione cranica da emorragia (sia epidurale, sia sottodurale, sia intracerebrale);

c) per infezione, e specialmente per meningite purulenta (immediata o tardiva), per ascesso cerebrale.

Nulla può l'opera del medico *nelle lesioni cerebrali di grave entità*: il ferito giunge in generale in coma e dopo poche ore perisce fatalmente: su 48 casi, 19 erano talmente gravi che non fu nemmeno tentato l'intervento e perirono nello spazio di poche ore.

Se però le lesioni esterne non sono sufficiente garanzia per la diagnosi di grave lesione dei centri nervosi, conviene sempre accertarsi con un rapido sbrigliamento della realtà delle lesioni: in qualche caso (osservazioni 5, 6, 7, 8, 10, 11) lo scrupolo ci ha determinati ad intervenire su individui che sembravano fatalmente condannati, e il risultato è stato la salvezza del ferito.

È nozione classica che l'emorragia fa perdere un gran numero di feriti cranici: in guerra i cranici gravi spesso non giungono fino al luogo di cura, ma la compressione determina la morte prima. Solo in pochi casi ci è stato dato di intervenire per emorragia, una sola volta si poterono eliminare dei voluminosi coaguli sottodurali (osservazione XI). Talora la frattura è drenaggio sufficiente.

La condotta in questi casi è molto più semplice di quello che non capiti nella pratica civile: in generale si tratta di ferite con lesione ossea completa, in cui la frattura è la guida all'intervento. Si tratta di allargare una breccia ossea esistente, di scoprire la meninge, di allacciare sul posto il vaso sanguinante, di evacuare i coaguli, di drenare.

Il gran numero dei feriti cranici, che capitano all'osservazione del medico dell'ospedaletto, è dato da frattura delle ossa del cranio con o senza lacerazione della meninge, con o

senza interessamento dell'encefalo. Consideriamo i vari casi.

Lesione incompleta dell'osso. (Osservazioni XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII). — Sbrigliata la ferita cutanea, il tavolato esterno appare fratturato. Qualche volta si presenta una semplice fessura dell'osso, quasi sempre nella rima di frattura si trovano imbrigliati corpi estranei (ciuffi di capelli, frammenti di stoffa, si trovano incuneati frammenti metallici). Nei casi più semplici, senza cioè che vi sia la presenza di corpi estranei, basterebbe drenare con garza jodoformica o zaffare con garza all'ipoclorito, però si corre il rischio di avere in seguito delle sorprese, perchè in ogni lesione del tavolato esterno anche minima, non si hanno elementi sufficienti per escludere la eventuale lesione del tavolato interno, la presenza di schegge che comprimano o lacerino la meninge e l'encefalo: in nessuna ferita di guerra, specialmente se prodotta da granata o da bomba a mano, si può con l'astensione essere sicuri di prevenire un processo infettivo dell'osso, lungo per sè, e pericoloso per le diffusioni; è quindi prudente assicurarsi, e con la sgorbia asportare il tratto di osso, che limita la rima di frattura. Tale comportamento diviene obbligatorio, quando si trovi imbrigliato od incuneato un corpo estraneo: la toeletta deve essere accuratissima, se si vuole evitare un processo di osteomielite, che, ad ogni modo, ritarda sempre il processo di guarigione.

Conviene assicurarsi se la frattura si estende *al tavolato interno;* in genere basta esercitare una modica compressione con la leva sulla diploe per rivelare tutte le fessure del tavolato interno: se queste esistono, è doveroso farsi spazio sufficiente, per veder chiaro. Bisogna accertarsi che non vi siano schegge che comprimano o che lacerino la meninge. Con la sgorbia si allarga la breccia del tavolato esterno e allora riesce d'ordinario facile estrarle: quando esse manchino, e si voglia essere sicuri che non vi sia lesione meningea, con la fresa si pratica una via attraverso la quale si può essere sicuri sullo stato della meninge e sulla presenza di eventuali emorragie.

In tutti i nostri casi con *lesione del tavolato interno* (osservaz. XIV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX) esisteva contemporaneamente contusione cerebrale, con liquido cerebro-spinale emorragico. Abbiamo sempre ritenuto buona pratica diminuire la pressione intracranica con punture lombari quotidiane; i pazienti se ne avvantaggiano specialmente per il sintoma cefalea, e il liquido diviene limpido dal 4° al 10° giorno.

Tutti i nostri operati per lesione dell'osso, incompleta o completa, sono stati dimessi in via di rapida guarigione. I vantaggi dell'intervento sono stati: accertamento dell'entità della lesione e quindi sicurezza per le eventuali complicanze intracraniche; profilassi dell'infezione; profilassi dei postumi delle ferite craniche, specialmente nei casi con avvallamento del tavolato interno e compressione cerebrale.

Lesione meningea. (Osservazioni da I a XV). — La rottura della meninge espone al più grave dei pericoli che minacciano il ferito al cranio: la meningite purulenta fa perdere la maggior parte dei colpiti quando l'opera del chirurgo non intervenga rapida, diligente, accurata. Non è nemmeno necessario ricordare che le ferite di guerra sono settiche, specialmente se determinate da proiettili che scoppiano per terra (granate, bombe a mano) o da proiettili a scarso potere di penetrazione e che quindi portano con sè frammenti di abito, ecc. Basta pensare che talora noi abbiamo veduto l'ascesso costituito dopo 24 ore dalla ferita, abbiamo veduto la gangrena gassosa invadere tutto un arto in meno di 24 ore. L'intervento quindi si deve proporre di impedire al più presto che l'infezione sempre latente, si stabilisca irrimediabilmente.

L'atto operativo è di facile esecuzione, e si può compiere con l'anestesia locale (tranne casi singoli con grave agitazione per es.). Si allarga la breccia ossea con la sgorbia e col craniatomo fino a scoprire tutto intorno alla lesione un piccolo tratto di meninge sana; si drena la meninge, si tampona la perdita di osso con garza imbevuta di ipoclorito di sodio. L'esito di solito è brillante: sopravviene qualche giorno di febbre, con sintomi meningei, poi il pericolo dilegua e residua solo una inevitabile ernia cerebrale, che è in rapporto, sia con la lesione meningea, sia con l'emorragia della sostanza cerebrale lacerata, che ha aumentato la pressione cerebrale. Per evitare o per diminuire il volume dell'ernia, sogliamo quotidianamente praticare una puntura lombare: se ne avvantaggiano notevolmente i sintomi meningei, e con certezza si impedisce che l'ernia cerebrale subisca l'influenza continua della pressione intracranica aumentata.

La *lesione della sostanza cerebrale* non deve far perdere la speranza del buon esito dell'intervento, anche quando la ferita sia trasfossa (osservazioni: V, VI), anche quando il corpo estraneo sia rimasto intracerebrale (osservazioni: I, II, III, IV). Naturalmente il pericolo di vita è più grave nel primo caso per eventuali emorragie intracerebrali, per l'eventualità di un ascesso cerebrale nel secondo caso. Lo

scopo primo che noi proponiamo è di evitare una meningite purulenta fatale al paziente: messa a nudo la meninge, in modo da poterne dominare la lesione, noi usiamo drenare la rottura dell'encefalo, circondare il drenaggio con tamponi di garza imbevuta di ipoclorito di sodio al 2 %. Il paziente non raramente ha oscillazioni che fanno temere, poi si rimette, e, come in parecchie delle nostre osservazioni abbiamo potuto notare, s'inizia rapidamente un processo di cicatrizzazione, che indarno si attenderebbe, se ci si contentasse, come in qualche caso io ho veduto, di una semplice medicatura protettiva: in questi casi dai forami ossei continua ad ogni sforzo, come un colpo di tosse, ecc., ad uscire sostanza cerebrale, ed infine la meningite chiude la scena.

Il drenaggio di garza a diretto contatto con la lesione cerebrale e con la meninge, provoca invece la formazione di rapide e solide granulazioni, e il ferito guarisce con e talora senza ernia cerebrale: la meninge risponde come il peritoneo ai nostri mezzi di drenaggio, ed isola subito dal resto della cavità il punto leso.

La presenza del corpo estraneo (scheggia di bomba a mano, piccoli frammenti di granata) aumenta le probabilità di complicazioni (ascesso cerebrale): mancata la temuta complicazione, le sindromi nervose (cecità bilaterale nel primo caso, afasia da conduzione in un altro, afasia motoria nel terzo, ambliopia nel quarto) si sono dileguate, tranne che nel primo, in cui fu solo riacquistata la visione centrale.

La nostra condotta è stata appieno giustificata dai risultati ottenuti: su 19 casi in cui l'intervento è stato possibile, e di questi quindici presentavano rottura della meninge, si sono avuti due decessi, uno per meningite (osservazione XV), uno per meningite ed encefalite acutissima (osservazione VII).

Su diciannove casi, data la gravità delle lesioni, e lo stato, nel momento d'ingresso nell'ospedale, non si credette opportuno l'intervento, ed in tutti si è avuto l'esito letale.

Nei casi operati, la terapia pronta, non solo ha impedito le complicanze quasi fatali sia meningee sia locali, ma ha avuto anche un altro vantaggio indiretto e lontano, provvedendo ad impedire cioè i fenomeni tardivi delle ferite al cranio, che secondo la statistica di W. Sharpe (*Journal A. M. A.*, maggio 1916) si riscontrano ben nel 67% dei traumatizzati, non operati. La diminuzione quotidiana della pressione intracranica, con la puntura lombare, l'eliminazione di schegge ossee comprimenti la meninge e il cervello sono gli espedienti per evitare postumi come la cefalea, convulsioni epilettiformi, ronzii, vertigini, ecc.

Uno degli inconvenienti che dobbiamo lamentare è l'ernia cerebrale, la quale, per quanto la puntura lombare ne attenui l'entità, talora è abbastanza voluminosa. È un inconveniente che non abbiamo potuto prevenire, per timore che abolendo il drenaggio, e facendo una plastica o suturando la meninge, in primo tempo si chiudesse l'eventuale focolaio d'origine della meningite.

Da qualunque punto di vista si riguardi il sistema, esso trova incoraggiamenti, ed io ho fede che le statistiche di guarnigione migliorino a tal punto, da infondere fede per una condotta attiva in presenza di un tal genere di feriti, e da indurre tutti ad abbandonare vecchi aprioristici metodi di astensione, dannosi al ferito.

NOTE DI TECNICA.

Dosamento del glucosio nelle urine.

Dott. Argeo Angiolani.

Occorre eseguire anzitutto un saggio approssimativo del contenuto in zucchero dell'urina in esame, trattandola con soluzione di potassa o soda caustica al 10 % e facendo bollire per pochi secondi (30).

Si giudica poi dal colore.

Colore	marsala pallido	10-15 ‰
»	marsala	15-20 ‰
»	rosso caramella	25-30 ‰
»	rosso bruno	35-40 ‰
»	caffè	45-50 ‰

In base a questo saggio grossolano si farà la diluizione per un dosamento accurato.

Diluizione	1:1	(urina tale e quale)	sensibil. da gr.	2	a gr.	3,5 ‰
»	1:2		»	»	4	»	7,0 ‰
»	1:4		»	»	8	»	14,0 ‰
»	1:6		»	»	12	»	21,0 ‰
»	1:8		»	»	16	»	28,0 ‰
»	1:10		»	»	20	»	35,0 ‰
»	1:12		»	»	24	»	42,0 ‰
»	1:14		»	»	28	»	49,0 ‰
»	1:16		»	»	32	»	56,0 ‰
»	1:18		»	»	36	»	63,0 ‰
»	1:20		»	»	40	»	76,0 ‰

Eseguita la diluizione che conviene, si prendono 10 tubi da saggio e si numerano dall'1 al 10 per mezzo di un lapis da vetro. Poi, per mezzo di una buretta graduata da 50 cmc., si pongono in ciascuno di essi 5 cmc. di urina diluita.

In un'altra buretta graduata sino al decimo di cmc., si introduce il liquido di Fehling, e se

ne mette, in quello segnato col n. 1 cmc. 2; in quello segnato col n. 2, cmc. 2,2; in quello segnato col n. 3, cmc. 2,4; . . . in quello segnato col n. 10, cc. 3,8.

Il seguente specchietto facilita detta operazione.

Numero progressivo del tubo	Liquido di Fehling che deve contenere — cmc.	Numero che si deve leggere sulla bu etta — cmc.
I	2,0	2,0
II	2,2	4,2
III.	2,4	6,6
IV.	2,6	9,2
V	2,8	12,0
VI	3,0	15,0
VII.	3,2	18,2
VIII	3,4	21,6
IX	3,6	25,2
X	3,8	29,0

I 10 tubi si immergono in bagno-maria bollente e vi si mantengono per 10 minuti. Poi si tolgono, e si lascia depositare il precipitato formatosi.

Il liquido di Fehling verrà più o meno ridotto nei vari tubi a seconda della quantità di zucchero presente; e ciò sarà visibile per il fatto che si avrà una serie decrescente di colori che va dal bleu intenso al bleu pallido e al giallo.

L'ultimo tubo bleu pallido indica che la quantità di zucchero è insufficiente a produrre la completa riduzione; il primo tubo giallo indica invece che ne è presente troppo.

Si prende perciò il quantitativo intermedio di liquido di Fehling introdotto nelle due provette.

Il contenuto in glucosio dell'urina in esame è dato dalla formula:

$$Z\ {}^0/_{00} = 0{,}95 \times n \times x$$

dove n indica la diluizione, ed x il numero dei cmc. di liquido di Fehling occorsi per la riduzione completa.

Esempio. — 10 cmc. di urina sono stati diluiti a 140 (diluizione 1:14); l'ultimo tubo bleu contiene cmc. 2,6 di liquido di Fehling; il primo tubo giallo ne contiene cmc. 2,8. Valore intermedio cmc. 2,7. Allora:

$$Z\ {}^0/_{00} = 0{,}95 \times 14 \times 2{,}7 = 35{,}91.$$

La tabella che segue dà i valori di Z, conoscendo n ed x.

Tabella per il dosamento dello zucchero.

Diluizione	cmc. di liquido di Fehling ridotti								
	2.1	2.3	2.5	2.7	2.9	3.1	3.3	3.5	3.7
	$Z\,^0/_{00}$	$Z\,^0/_{00}$	$Z\,^0/_{00}$	$Z\,^0/_{00}$	$Z\,^0/_{00}$	$Z\,^0/_{00}$	$Z\,^0/_{00}$	$Z\,^0/_{00}$	$Z\,^0/_{00}$
1: 1	1.99	2.18	2.37	2.56	2.75	2.94	3.13	3.32	3.51
1: 2	3.99	4.37	4.75	5.13	5.51	5.89	6.27	6.65	7.03
1: 4	7.98	8.74	9.50	10.26	11.02	11.78	12.54	13.30	14.06
1: 6	11.97	13.11	14.25	15.39	16.53	17 67	18.81	19.95	21.09
1: 8	15.96	17.48	19.—	20.52	22.04	23.56	25.08	26.60	28.12
1: 10	19.95	21.85	23.75	25.65	27.55	29.45	31.35	33.25	35.15
1: 12	23.94	26.22	28.50	30.78	33.06	35.34	37.62	39.90	42.18
1: 14	27.93	30.59	33.25	35.91	38.57	41.23	43.89	46.55	49.21
1: 16	31.92	34.96	38.—	41.04	44 08	47.12	50.16	53.20	56.24
1: 18	35.91	39.33	42.75	46.17	49.59	53.01	56.43	59.85	63.27
1: 20	39.90	43.70	47.50	51.30	55.10	59.90	62.70	66.50	70.30

Ancona, gennaio 1917.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOLOGIA.

Il liquido cefalo-rachidiano nella diagnosi e nella cura delle malattie del sistema nervoso.

(W. H. WATTERS. — *Boston Medical and Surgical Journal*, n. 4, 1916).

Il liquido cefalo-rachidiano ha assunto in seguito agli studî di questi ultimi anni una notevole importanza diagnostica. La tecnica dell'estrazione di questo liquido a mezzo della così detta puntura lombare è così semplice ed è diventata tanto comune che non vale la pena di ripeterla. Solo conviene notare come in questi ultimi tempi si sia trovato opportuno sostituire alla puntura laterale quella centrale ed all'ago comune uno di oro, ed infine praticare l'anestesia locale a mezzo del cloruro d'etile.

La puntura lombare si pratica per lo più a scopo diagnostico, per confermare cioè o chiarire una diagnosi dubbia, ma vien praticata anche a scopo terapeutico, sia per diminuire la pressione cranio-rachidea, sia per la introduzione intrararachidea di sostanze medicamentose.

Di regola non esistono speciali controindicazioni per la puntura lombare: essa può dare solo degli inconvenienti quando si tratti di in-

dividui affetti da tumore intracranico e più specialmente cerebellare. In questi casi conviene procedere cautamente ed estrarre sempre solo una piccola quantità di liquido.

Il liquido cefalo-rachidiano, come è risultato dalle ultime ricerche, è secreto dal plesso coroideo in parte nei ventricoli laterali ed in parte negli spazii sottoaracnoidei. Appena secreto esso si mette in circolazione dirigendosi verso i punti di uscita, che sembrano essere i villi aracnoidei proiettati nella dura, specialmente quelli in vicinanza dei seni e dei vasi durali.

La rapidità della secrezione è in rapporto inverso con la pressione del liquido già secreto: quando la pressione diminuisce in seguito all'asportazione di liquido fatta a mezzo della puntura lombare la quantità asportata viene rapidamente rimpiazzata.

In condizioni normali il liquido cefalo-rachidiano è perfettamente limpido, ha un peso specifico uguale a 1003-1010 ed è leggermente alcalino. Talora ha un colore più o meno roseo, dovuto alla mescolanza con sangue proveniente da qualche vasellino rotto durante la puntura. Ora in certe condizioni patologiche, come nell'emorragia intraventricolare, nella pachimeningite, nell'emorragia ed in altre forme di lesioni del midollo da traumi esterni, il sangue può realmente trovarsi nel liquido. Quando si tratti di sangue fresco si ha allora un colorito roseo, in caso contrario un colorito brunastro.

Benchè le opinioni siano molto divergenti circa il valore della pressione normale del liquido cefalo-rachidiano pure è sempre bene determinarla ogni qual volta si pratica una puntura normale. Secondo l'esperienza dell'A. qualunque sia la posizione del paziente facendo la determinazione con un manometro ad acqua la pressione media oscilla da 50 a 80 mm. In condizioni patologiche può abbassarsi fino a 30 millimetri e raggiungere 300 mm. ed anche più. Nelle meningiti e nei tumori cerebrali si hanno i più alti valori. In queste forme nello stadio iniziale e nei casi gravi la pressione raggiunge il massimo, mentre negli stati avanzati e nelle forme latenti si avvicina alla normale.

Dal punto di vista diagnostico è molto importante la determinazione quantitativa dell'albumina contenuta nel liquido cefalo-rachidiano. In condizioni normali essa si presenta in quantità tanto piccole che non riesce possibile rintracciarla con i reagenti comunemente adoperati per scopi clinici. Quando con questi mezzi si riesce a metterla in evidenza si può affermare che la sua quantità è abnormemente aumentata.

Il metodo consigliato da Nonne ed Apelt consiste nel mescolare a parti uguali liquido cefalo-rachidiano ed una soluzione satura neutra di solfato d'ammonio: un'opalescenza o un intorbidamento che compare nello spazio di tre minuti dimostra un eccesso di globulina. Anche col metodo di Ross-Jones si adopera la detta soluzione di solfato di ammonio, ma invece di mescolare i due liquidi si sovrappone l'uno all'altro per modo che la reazione è data dalla formazione di un anello di intorbidamento al punto di contatto. Il metodo di Noguchi consiste nell'aggiungere ad un cmc. di liquido da esaminare 5 cmc. di soluzione al 10 % di acido butirrico e bollire, quindi aggiungere un cmc. di soluzione normale di idrato di sodio e bollire di nuovo: l'eccesso di globulina dà un precipitato fioccoso o granulare.

L'aumento delle sostanze proteiche nel liquido cefalo-rachidiano non ha un significato clinico tale da far fare una diagnosi, però come sintoma o indicazione aggiunto ad altri sintomi ha spesso un valore decisivo. Nelle essudazioni acute con infiammazione delle meningi, nell'idrocefalo, nelle varie forme di sifilide cerebro-spinale, incluse la tabe e la paralisi progressiva la globulina si trova ordinariamente aumentata.

La determinazione della globulina è d'altra parte importante anche dal punto di vista prognostico. Così nelle affezioni sifilitiche la determinazione della globulina può dare un'indicazione circa gli effetti delle cure. Se, malgrado queste, l'eccesso dei globulina persiste la prognosi è sfavorevole anche quando la reazione di Wassermann da positiva sia diventata negativa.

Nel diabete il liquido cefalo-rachidiano può contenere zucchero, acetone, acido diacetico: ma per ovvie ragioni tali reazioni non possono essere utilizzate per scopi clinici.

Dopo iniezioni di salvarsan o neosalvarsan il liquido cefalo-rachidiano contiene di regola delle tracce di arsenico.

Risultati ancora più importanti dell'esame chimico dà l'esame microscopico. Innanzi tutto si deve determinare il numero e la specie delle cellule in esso contenute, ed eventualmente il contenuto batterico.

Le cellule dovrebbero essere contate subito dopo l'estrazione. La tecnica è uguale a quella che si adopera comunemente per la conta dei leucociti nel sangue.

Il numero normale di cellule varia da 2 a 10. approssitivamente la media è di 5-8. La presenza di corpuscoli rossi può essere determinata dalla rottura di un vaso in conseguenza della

puntura, quindi essa dal punto di vista diagnostico non ha molta importanza.

In condizioni patologiche il numero delle cellule può aumentare, fino a 50-100 nella meningite tubercolare, nella tabe, ecc., e raggiungere perfino 1000 e più nelle infezioni meningee acute. Oltre che il numero ha notevole importanza la varietà delle cellule presenti. Normalmente il liquido cefalo-rachidiano contiene varietà di linfociti; la presenza di polinucleari indica la esistenza di un processo infiammatorio acuto, mentre l'aumento dei primi è in genere segno di un processo cronico.

L'esame microscopico oltre che per la quantità e la varietà di cellule è necessario per la ricerca di eventuali batterî. Spesso basta al riguardo l'esame fatto al letto del malato: si potranno così rilevare la presenza di meningococchi, streptococchi, stafilococchi, bacilli dell'influenza, ecc. Nei casi nei quali un primo esame riesca negativo bisogna ricorrere alla centrifugazione ed in ogni caso gli innesti sugli opportuni terreni di cultura. Nei casi sospetti di tubercolosi gli esami stessi devono essere più insistenti ed eventualmente bisognerà anche praticare le inoculazioni alle cavie.

Tra le reazioni serologiche quella che ha avuto maggiore applicazione nell'esame del liquido cefalo-rachidiano è la prova di Wassermann. La sua specificità è stata dimostrata ancora più sicura che per il siero di sangue, tanto che, quando essa è positiva si può concludere con una probabilità che raggiunge la certezza per la esistenza di una malattia sifilitica del sistema nervoso centrale.

Dopo avere accennato così alle varie forme che si possono praticare allo scopo diagnostico sul liquido cefalo-rachidiano l'A. passa ad indicare i relativi reperti in varie malattie.

Nella meningite cerebro-spinale il liquido assume un aspetto torbido, quasi lattiginoso. La globulina è aumentata. Il numero delle cellule è pure aumentato, notevole la presenza di molti polinucleari, che in maggioranza contengono meningococchi. È particolarmente interessante la diminuzione progressiva del numero delle cellule e dei batteri in seguito al trattamento specifico ed in ogni caso col miglioramento dei sintomi clinici.

Nella meningite acuta suppurativa il reperto chimico e microscopico è presso che lo stesso salvo che invece dei meningococchi si osservano per lo più streptococchi e stafilococchi o anche, ma molto più raramente bacilli del tifo, della difterite ed anche gonococchi. Notevole il fatto che in queste forme che la semplice puntura lombare decongestiva produce un miglioramento dei sintomi clinici.

Nella meningite tubercolare il liquido è limpido o tutt'al più leggermente opalescente. La globulina è aumentata e così pure il numero delle cellule, ma solo dei linfaciti, si ha cioè una linfocitosi. In presenza di questi fatti bisogna sempre ricercare il bacillo tubercolare sia con l'esame microscopico, sia con la inoculazione alle cavie.

È stato anche notato che nelle forme tubercolari la permeabilità delle meningi per i nitrati è aumentata.

Nell'emorragia cerebrale il liquido può contenere sangue quando vi sia stato stravaso nei ventricoli o negli spazî subaracnoidei.

Nei tumori cerebrali la pressione del liquido è notevolmente aumentata ed esiste pleiocitosi. La puntura ad ogni modo ha anche indicazioni terapeutiche per diminuire la pressione, essa quindi, come del resto anche nell'idrocefalo, dovrebbe essere spesso ripetuta.

Nella poliomielite anteriore acuta c'è pleiocitosi (nel primo stadio predominano i polinucleari, in seguito i linfociti) e scarso aumento di globulina; con l'aggravarsi dei sintomi la pleiocitosi diminuisce ed aumenta invece il contenuto globulinico. Il virus iniettato nel sangue sperimentalmente nelle scimmie passa nel liquor dopo due o tre giorni probabilmente attraverso il plesso coroideo.

Nell'epilessia il liquido cefalo-rachidiano non presenta modificazioni utilizzabili a scopo clinico.

Nella sifilide dell'asse cerebro-spinale, ed in questo gruppo vanno comprese la paralisi progressiva e la tabe dossile, l'esame del liquido cefalo-rachidiano ha la maggiore importanza. Tenuto presente che le localizzazioni nervose della sifilide sono le più tardive e le più resistenti ad ogni specie di trattamento converrebbe in ogni caso praticare periodicamente l'esame citologico, chimico e serologico del liquor ed adattare ai risultati di tale esame la cura del caso.

È oramai infatti assodato che il reperto del liquor è l'indice più sicuro dell'efficacia di una cura antiluetica nei rapporti sopra tutto del sistema nervoso centrale.

La più costante anomalia è la pleiocitosi: il numero dei linfociti nella sifilide nervosa raramente al disotto di 100, spesso, meno che nella tabe, raggiunge 1000 ed anche più. La globulina è sempre in eccesso anche quando la reazione di Wassermann riesce negativa. Questa nella grande maggioranza dei casi è posi-

tiva: questo reperto non è sempre corrispondente a quello del siero di sangue.

In genere i caratteri anormali del liquor nella sifilide nervosa sono per intensità proporzionali alla gravità dei sintomi clinici e corrispondentemente a questi risentono l'azione del trattamento curativo. Al proposito bisognerà ricordare che la puntura lombare ha in queste forme anche una importanza terapeutica, perchè alla sottrazione del liquido si può far seguire la introduzione nella cavità intrarachidea di sostanze medicamentose e segnatamente dei sieri merculiarizzati, salvarsanizzati ecc. che, secondo la esperienza di molti, si sarebbero dimostrati di non dubbia efficacia nel mitigare la fenomenologia clinica e soprattutto le sofferenze dei pazienti.

Dr.

MEDICINA.

Le relazioni cliniche tra gravità, posizione del corpo e circolazione del sangue.

(H. Sewall. *The American Journal of the Medical Sciences*, aprile 1916).

Il sistema vascolare trovasi da per tutto in uno stato di tono che ne riduce attivamente la capacità. Quando il tono fisiologico è rilasciato i vasi sanguigni della sola area splancnica sarebbero sufficienti a contenere tutto il sangue del corpo e nella posizione eretta la circolazione si arresterebbe perchè il sangue non potrebbe più raggiungere il cuore.

A questa tonicità, che è un fenomeno essenziale per la vita, si deve se il sangue, che si raccoglie nei capaci serbatoi dell'addome sotto l'influenza della gravità, può essere scacciato e riversato in circolazione. Non è dubbio per altro che il meccanismo idrostatico della circolazione è regolato oltre che da questo tono, dalla tensione delle pareti delle singole cavità corporee, specie per quelle dell'addome, ed infine anche dalla gravità.

Hill sperimentando sui quadrupedi (cani, gatti) trovò che i mutamenti di posizione del corpo determinano nella carotide sensibili modificazioni della pressione. Quando l'animale sta con i piedi in giù c'è una diminuzione della pressione carotidea, in rapporto con un accumulo di sangue nelle vene addominali; viceversa quando l'animale sta con i piedi in su la pressione carotidea aumenta rispettivamente per uno svuotamento dei vasi addominali. Nelle scimmie invece gli effetti idrostatici dei mutamenti di posizione del corpo si compensano rapidamente. Sia che l'animale stia con la testa in giù o con la testa in su la pressione carotidea non subisce apprezzabili oscillazioni. Questo compenso della forza di gravità si deve attribuire al meccanismo vasomotorio che regola la distribuzione del sangue. Paralizzando infatti questo meccanismo mediante l'anestesia cloroformica si otterranno secondo la posizione del corpo modificazioni della posizione vasale. Se si sottoporrà una scimmia tenuta in piedi alla cloroformizzazione si paralizza il meccanismo vasomotorio dell'addome, il sangue quindi a poco a poco si raccoglie e stagna nelle vene addominali, il cuore si svuota e cessa di battere. In generale, afferma Hill, ogni influenza che indebolisce il meccanismo vasomotore splancnico o che abbassa il tono della parete addominale, aumenta proporzionalmente gli effetti della gravità sulla circolazione.

Le modificazioni della pressione carotidea indotte dalle variazioni di posizione hanno, per ovvie ragioni, una grande importanza per la circolazione cerebrale. Il cervello non ha un proprio meccanismo vasomotore, e la sua circolazione è indirettamente controllata dai centri vasomotorî dell'area splancnica. Bayliss, Hill e Gullard d'altra parte trovarono che la pressione intracranica in tutte le condizioni fisiologiche è sempre uguale a quella del circolo venoso cerebrale e che in ogni caso essa è in rapporto con lo stato della tensione vasale endoaddominale.

Quando il tono vasomotore generale sia deficiente e questo stato sia accompagnato da una condizione atonica della parete addominale da qualsiasi ragione dipendente, si può avere in posizione eretta una deficienza di circolazione ed anche una grave anemia del cervello.

Al riguardo lo shock chirurgico fornisce l'esempio più evidente della importanza del meccanismo vasomotore addominale nella regolarizzazione della circolazione generale. Henderson basandosi sugli esperimenti fatti sugli animali emise la teoria che lo shock, sia chirurgico che tossiemico, dipende dall'accumulo di sangue nelle grandi vene dell'addome, le quali così lo sottrarrebbero al cuore e quindi al cervello. L'animale muore per un versamento di sangue, per un'emorragia negli stessi suoi vasi. Al riguardo bisogna notare che il tono ordinario delle vene addominali oltre che dai vasomotori dipende da un meccanismo venopressore intrinseco, la cui efficienza è essenzialmente in rapporto con la tensione dell'anidride carbonica e col bilancio degli acidi e degli alcali. Il metabolismo generale dell'organismo

fa risentire i suoi effetti sulla tonicità vasale e quindi sulla circolazione del sangue.

Un corollario si desume da tutti questi fatti: l'assoluta unità del sistema circolatorio e la reciproca interdipendenza di tutte le sue parti. La efficienza del cuore dipende dalla efficienza dei vasi e dei loro nervi, dai fenomeni metabolici ed osmotici che provvedono alla integrità dei rispettivi tessuti.

D'altra parte è rimarchevole il fatto che la circolazione del cervello e dell'addome sono in significante contrasto. Pel primo la rigidità della scatola nel quale è contenuto fa sì che l'organo sia relativamente pieno di sangue anche quando la pressione arteriosa sia ridotta a zero. Nell'addome invece i vasi sanguigni sono liberi in una cavità la cui capacità è estremamente variabile. La integrità quindi fisiologica del sistema vasomotore splancnico e della musculatura della parete addominale costituiscono l'unica barriera all'espansione del grande serbatoio del sangue dell'addome. Numerosi fatti poi inducono a ritenere che in questo la pressione vasale è estremamente variabile. È generalmente ammesso che tale pressione è positiva e che varia con i movimenti respiratorî aumentando con l'inspirazione e decrescendo con l'espirazione, e che diventa negativa negli individui con addome pendulo. La pressione stessa aumenta leggermente o diminuisce con la contrazione, rispettivamente col rilasciamento del diaframma. L'eccessiva diminuzione di pressione indotta da mancanza di tono della parete addominale o l'aumento prodotto ad es. dal meteorismo, determinano disturbi più o meno gravi della respirazione e della circolazione.

D'altra parte Burton-Opitz dimostrò sperimentalmente che profonde alterazioni circolatorie extraddominali producono disturbi relativamente lievi nella tensione intraddominale

I rapporti tra i fatti clinici e la circolazione addominale furono studiati da Oliver. Questi trovò che gli effetti idrostatici di mutamento di posizione sono molto più manifesti nelle vene che nelle arterie, quantunque la pressione arteriosa sia sempre soggetta alla gravità. In posizione eretta la pressione del sangue nelle arterie del capo può essere la metà di quella dei piedi, e questa diventa a sua volta la metà nella posizione orizzontale. In complesso però la pressione arteriosa nella posizione eretta è sempre più alta che in quella orizzontale, il che prova che il tono vasomotore splancnico ha la forza di neutralizzare gli effetti idrostatici della gravità. La fatica, le malattie, la flaccidità della parete addominale, come ogni altro fatto che abbassa il tono vasale o riduce le forze che coadiuvano questo tono, tendono a fare aumentare relativamente la pressione arteriosa nella posizione orizzontale. Il che induce a credere che molti dei disturbi inerenti alle su accennate condizioni devono mettersi in conto di una deficienza del tono dei vasi addominali. Un'analoga interpretazione si può dare a tutta quella serie di sintomi che accompagnano la ptosi degli organi splancnici spostati: valga per tutti ricordare i fatti oligoemici generali e l'anemia cerebrale che si verifica tanto frequentemente in questi casi specie quando il paziente si mette in posizione eretta.

Il metodo adoperato da Oliver per misurare la stasi nelle vene addominali è molto semplice. Si mette il soggetto in posizione orizzontale e gli si pone sul ventre una borsa contenente pallini da caccia del peso di circa 10 chilogrammi in modo che questo sia distribuito egualmente su tutta la parete addominale. Così facendo il sangue contenuto nei vasi splancnici è spinto verso il cuore e quindi la pressione arteriosa aumenta. Ed è evidente che quanto più questa sale, e quindi quanto maggiore è la differenza tra la pressione misurata prima e dopo l'applicazione del peso, tanto più basso è il tono dei vasi addominali. Nell'uomo normale la pressione esercitata sull'addome col detto peso fa aumentare la pressione arteriosa al braccio di 18 mm.

Non meno importante è lo stabilire definitivamente la interdipendenza tra la tensione della parete addominale e quella delle vene splancniche. Emerson ed altri autori al riguardo hanno dimostrato che la pressione intraddominale diventa costantemente negativa quando la parete addominale è sfiancata, si deve quindi ammettere che quest'ultima tende a contenere il sangue nelle delicate pareti delle vene della cavità. Con ciò si spiega pure perchè le visceroptosi nella posizione eretta determinano un abbassamento della pressione vasale: gli organi prolassati tendono a distendere la parete che li contiene.

La importanza clinica della pressione endoaddominale non è stata fino a poc'anzi tenuta nel debito conto, nè i sintomi in rapporto alla ptosi degli organi addominali sono stati apprezzati al giusto punto e riferiti alla loro vera causa. Sono state le nuove conoscenze sulla influenza del tono del sistema vasomotore splancnico e del tono della parete addominale sulla circolazione generale che hanno fatta molta luce al riguardo. E non è dubbio che le varie debolezze funzionali determinate dalla debolez-

za di questo tono si sommano nei loro effetti costituendo un circolo vizioso che si restringe progressivamente a tutto danno dell'intero organismo.

Non si può negare per altro che al riguardo esistono dei meccanismi compensatorî, per modo che l'interdipendenza fra il tono vasale splancnico e quello della parete addominale si risolva in rispettiva supplenza in caso di debolezza dell'uno e dell'altro. È noto che i muscoli della parete addominale sono innervati dal centro respiratorio, e, per quanto non definitivamente accertati, si intuiscono gli intimi rapporti tra questo ed il centro vasomotorio. Non è improbabile che la rigidità addominale nelle infiammazioni peritoneali più che a limitare il dolore sia indirizzata a ridurre la quantità di sangue che tende a versarsi nel circolo addominale, ed è giustificato supporre che i benefici effetti della vescica di ghiaccio si debbano allo stesso meccanismo.

Negli individui normali l'abbassamento della pressione carotidea, che tende a verificarsi quando dalla posizione orizzontale si passa a quella verticale, conduce alla eccitazione del centro vasomotore splancnico, e nello stesso tempo la tensione dei muscoli della parete addominale è visibilmente aumentata, come può rilevarsi dalle difficoltà che si incontrano per la palpazione quando il paziente trovasi in posizione eretta. In questo modo la pressione idrostatica che tende a sopracaricare le vene splancniche è compensata, così che mentre il deflusso del sangue dal cervello sarebbe agevolato dalla gravità, l'afflusso sarebbe favorito dall'aumento della pressione arteriosa: si dovrebbe quindi concludere che la posizione eretta migliora la nutrizione del cervello. E ciò senza dire che nella posizione in piedi un grande aiuto alla circolazione è data dalla tonicità e dalla contrazione delle grandi masse dei muscoli scheletrici. Basta ad ogni modo conchiudere che quando dalla posizione orizzontale si passa a quella verticale per controbilanciare l'azione della gravità entrano in giuoco molteplici attività nevro-muscolari, che viceversa riposano nel caso opposto.

Ora passando dagli individui sani a quelli malati, cioè a quelli deboli, nei quali questo meccanismo compensatorio non funziona regolarmente, non è dubbio che l'azione della gravità faccia risentire la sua preponderanza. In questi casi la prima a risentire gli effetti dei cambiamenti di posizione è la circolazione cerebrale: per l'azione della gravità insufficientemente bilanciata dai meccanismi fisiologici l'afflusso di sangue al cervello viene ridotto.

Nei soggetti infatti nei quali per una qualsiasi ragione il sangue gravita abnormemente nelle vene splancniche si produce un'anemia del cervello, che si manifesta con sintomi proteiformi (debolezza muscolare, cefalea, vertigini, ecc.) e che si manifestano o si accentuano quando il paziente passa dalla posizione orizzontale a quella verticale.

L'A. interpreta questi fatti come dovuti agli sforzi nervosi tendenti a compensare la deficienza idrostatica della circolazione. Si tratta di sintomi, che dalla generalità dei medici vengono attribuiti alla neurastenia, ma che in realtà trovano la loro ragion d'essere in una condizione che provoca una stasi addominale. In questi casi la cui etiologia sfugge ad un primo esame, la determinazione della pressione vasale nella posizione sdraiata ed in quella in piedi dà le opportune indicazioni diagnostiche e quindi terapeutiche. Una diminuzione della pressione in posizione eretta in confronto di quella presa in posizione orizzontale può svelare la stasi addominale e quindi la deficiente circolazione cerebrale.

L'A. ha fatto al riguardo delle numerose esperienze misurando in due gruppi d'individui, l'uno di sani e l'altro di sofferenti, la pressione arteriosa massima e minima, in posizione orizzontale e verticale. Per il primo gruppo egli ha trovato che la pressione massima dalla posizione seduta a quella supina scende da 123 a 120 mm. e quella minima da 77 a 73 mm. Per il secondo gruppo invece si ha il fenomeno inverso, in quanto che mentre nella posizione seduta la pressione massima è di 116 mm. e quella minima di 71 mm., nella posizione supina si ha una pressione di 122 mm., rispettivamente di 72 mm.

Ulteriori ricerche si vanno facendo per accertare il comportamento ed il grado di questa differenza nelle varie posizioni nei diversi stati morbosi. Comunque sia, appare certo che le relazioni di posizione della pressione del sangue, specialmente manifestantisi nelle oscillazioni della pressione del polso, costituiscono un indice importante per stabilire la efficienza fisiologica dei singoli individui.

Il trattamento di queste condizioni dovrebbe essere indirizzato ad allargare il lume delle arterie scheletriche, a vuotare le vene splancniche ed a dar tono alle piccole arterie addominali.

Gli esercizi fisici e sopra tutto quelli respiratori sono giustamente considerati i più adatti a provocare il vuotamento delle vene addominali. Anche i bagni a temperatura alternata, i massaggi provocano effetti salutari dilatando

il sistema vasale. Oliver è d'avviso che durante la digestione si debba assumere la posizione orizzontale e conservarla almeno per un'ora, e che durante l'ultima mezz'ora riesce molto vantaggioso applicare in modo uniforme sull'addome una borsa, contenente pallini di piombo, del peso di tre a cinque chilogrammi.

Conviene infine rafforzare i muscoli della parete addominale con la ginnastica metodica e con gli adatti esercizi sportivi, quali il remare, ecc.

Nei casi di persistente debolezza o di ptosi giova ricorrere all'applicazione di fasce o corsetti o panciere.

DR.

MEDICINA SOCIALE.

I tubercolosi e la loro situazione militare.

(A. LANZENBERG. *Paris médical*, n. 39, 1916).

Se spetta al medico l'eliminazione dalla armata di coloro, che una affezione rende inutilizzabili, o dannosi, per la collettività, spetta altresì a lui il non permettere che coloro, che sono in grado di servire il paese, non si sottraggano al loro dovere. Da questo punto di vista i tubercolosi, od i sospetti di tubercolosi polmonare costituiscono un delicato problema. Si debbono escludere dal servizio armato tutti i sospetti, i quali presentano segni stetoscopici di tubercolosi? L'esperienza della campagna, che dura da più di due anni, può a tal riguardo fornirci utili indicazioni generali.

Gli uomini delle classi dell'armata attiva e della territoriale, i quali dai primi giorni della mobilitazione hanno raggiunta la loro destinazione, senza previo esame medico, non erano certamente tutti immuni dalla tubercolosi e tuttavia il numero di coloro, che di poi furono rinviati per affezioni polmonari, è assai minore di quanto potrebbe far prevedere la pratica civile. È ancora un fatto da tutti ben conosciuto che molti di coloro, i quali sono partiti gracili e deboli, hanno generalmente, malgrado le rudi condizioni della vita al fronte, guadagnato di floridezza ed a volte di sviluppo fisico, di aumento del perimetro toracico in particolare.

Occorre di vedere feriti e convalescenti assai numerosi proposti per un cambiamento di arma, a causa di una impotenza temporanea, o definitiva al servizio, al quale appartenevano, quando furono feriti. Si è colpiti in tali casi dalla frequenza, colla quale l'esame polmonare rivela la esistenza di sintomi considerati come caratteristici della tubercolosi. Si tratta tuttavia di soggetti, che hanno fatto per la maggior parte un anno, quindici e più mesi di campagna, quasi tutti ignorando il loro stato patologico, e rimanendo nelle migliori condizioni di salute fino al giorno, nel quale furono feriti. L'esclusione in blocco adunque di tutti i tubercolosi e sospetti di tubercolosi polmonare sarebbe una misura eccessiva, che priverebbe il paese di numerosi ed utili soldati.

Tutta la difficoltà consiste nel fare la distinzione fra quelli, che possono senza inconvenienti essere incorporati e quelli, che debbono essere esclusi dal servizio. Nella tubercolosi le reazioni individuali dei malati hanno, nello stabilire la prognosi, un ufficio così importante, che non senza una osservazione attenta il medico può, a proposito di ciascun caso, farsi una opinione: questa osservazione non può essere fatta che entro speciali servizi.

Non è senza dubbio necessario insistere sul poco credito, che si può in generale accordare alle parole dell'interessato. Alle alterazioni del murmure vescicolare (diminuzione, rudezza inspiratoria, espirazione prolungata), considerate come patognomoniche della tubercolosi all'inizio, non si può attribuire un valore prognostico. Anche il loro valore diagnostico è molto lontano dall'essere assoluto. Bernard difatti notò asprezza inspiratoria in soggetti, nei quali l'autopsia in seguito mostrò che erano immuni da ogni lesione bacillare; Pissavy ha ricordata la frequenza della diminuzione del murmure vescicolare nei cloro-anemici e Sieur in coloro, nei quali la respirazione nasale è impacciata da una causa qualunque: infine Rist ammette che queste alterazioni tradiscono assai spesso la frequenza di un antico focolaio di tubercolosi guarita, piuttosto che una lesione in evoluzione.

La radioscopia porta in queste incertezze qualche luce: l'esame radioscopico rivela l'alterazione anatomica sotto forma di una opacità più o meno manifesta. È anche degno di rilievo, osserva Rist, che questa opacità sia molto più intensa nel caso di soggetti realmente guariti, o che non hanno conservato della affezione anteriore che una sclerosi polmonare, o che hanno una tubercolosi ad evoluzione lenta. Quindi la sclerosi polmonare, senz'altro sintomo di tubercolosi in evoluzione, non può procurare la riforma, od il passaggio nella ausiliaria, che allorquando la sua estensione è tale che il campo dell'ematosi è diminuito fino al punto di provocare turbe cardiache. Ciò che, aggiunto ai sintomi stetoscopici,

dà più sicuramente la chiave della diagnosi di tubercolosi in evoluzione e costituisce il più sicuro elemento di prognosi, sono i sintomi generali: dimagrimento e variazioni termiche.

Il dimagrimento nella pratica civile è considerato come un segno di orientamento molto importante. In medicina militare, in cui il malato cerca assai spesso di esagerare l'apparenza della gravità del suo caso, questo sintomo perde molto del suo valore.

L'esame della curva termica nel periodo di riposo, e dopo gli esercizi, offre al contrario una grande sicurezza e dà le indicazioni prognostiche più sicure, tanto da poter ritenere che tutti i tubercolosi, o sospetti di tubercolosi, i quali non presentano reazioni termiche anormali, sono atti al servizio militare. È sopratutto per completare da questo punto di vista l'osservazione dei candidati alla riforma che gli ospedali speciali possono rendere i più grandi servigi.

Ecco come dovrebbero essere esaminati questi candidati. Quando per sintomi clinici, stetoscopici, ecc., un militare sarà ospedalizzato, egli subirà una serie di prove. Si determinerà prima di tutto se si tratta di una lesione aperta o chiusa ed a questo scopo si procederà alla ricerca del bacillo di Koch negli escreati. Il soldato affetto da tubercolosi aperta dovrà indiscutibilmente essere riformato. Durante la prima settimana della sua ospedalizzazione il malato sarà mantenuto in riposo, proibendo in modo speciale gli esercizi violenti. In questo periodo la temperatura rettale sarà presa e notata regolarmente 4 volte al giorno. L'elevazione anormale e abituale della temperatura determinerà la riforma temporanea. Se non si saranno prodotte ascensioni febbrili nel periodo di riposo, si faranno fare marcie di un'ora, senza sacco, o con sacco, od altri esercizi ginnastici. Si potrà così constatare se le eventuali elevazioni termiche sono durature ed eliminare dalle prove ulteriori gli uomini, che ne rimarranno manifestamente affaticati.

Per essere considerata come patologica, occorre che l'elevazione termica sia sensibile 4 ore dopo l'esercizio e nel più completo riposo, perchè deve ricordarsi che gli esercizi violenti possono determinare nell'uomo sano una elevazione termica di 1 grado e più, ma di carattere passeggero.

L'assenza di reazione termica anormale avrà per conseguenza il mantenimento nel servizio armato. I soldati, che avranno presentato reazioni febbrili manifeste, saranno o riformati temporaneamente, o classificati nei servizi ausiliari. P. C.

L'assistenza ai militari riformati per tubercolosi.

(M. Letulle. *La Presse médicale*, n. 42, 1916)

La lotta contro la tubercolosi prende in Francia, dopo la guerra ed in grazia della guerra, un nuovo andamento; si può dire che essa va diventando nazionale.

Colpito dal numero considerevole di militari riformati dall'inizio della guerra per tubercolosi polmonare, Landouzy si impose fin dal marzo 1915 il dovere di affrontare tutti i lati del problema ed in un documentato rapporto dimostrò il debito contratto dal paese verso questi invalidi della guerra, «questi feriti della tubercolosi».

Poco tempo dopo la Camera invitava il Governo ad assicurare ai riformati per tubercolosi il trattamento, che può guarirli ed una educazione sanitaria, che garantisca la sicurezza della loro famiglia. Nel tempo istesso, per accordi interceduti fra la Direzione di Sanità militare, il Ministero della Guerra e quello dell'Interno, fu stabilito che tutti i militari proposti per la riforma, a causa della tubercolosi polmonare, siano affidati dalla amministrazione della Guerra a quella dell'Interno, che da essa riceve una indennità giornaliera di tre lire. Così si compieva, senza rumore, una rivoluzione profonda. Il tubercoloso uscito dall'armata non è più abbandonato. Per assicurare questo nuovo servizio, nato dalla guerra, Brisac, direttore di igiene e dell'assistenza pubblica al Ministero dell'Interno, ha dovuto creare su tutto il territorio una serie di stabilimenti speciali «stazioni sanitarie» dove il militare tubercoloso passa 30 giorni ed apprende dapprima a curarsi, poi a non trasmettere il suo male attorno a lui, attendendo che venga regolata la sua riforma.

Alla sua uscita il riformato bacillare è restituito alla vita civile. La riforma sia accompagnata o no da una gratificazione rinnovabile, o da pensione, non gli permette, se povero, di curarsi bene. Egli è inoltre impedito di riprendere occupazioni, che richiedano uno sforzo notevole e sufficientemente remunerative per lui e per la famiglia. Tale era la nuova situazione, critica e dolorosa. Occorreva ad ogni costo assicurare il domani del tubercoloso alla sua uscita dalla stazione sanitaria e nel gennaio 1916 la commissione permanente di preservazione contro la tubercolosi decise di creare in tutti i dipartimenti francesi altrettanti comitati di assistenza ai militari tubercolosi e di fondare a Parigi un comi-

tato centrale per coordinare gli sforzi dei primi e per fornire loro tutte le indicazioni utili al compimento della loro missione ed innanzi tutto per porre a loro disposizione delle risorse abbondanti, così necessarie.

La lotta contro la tubercolosi è la più lunga e la più costosa di tutte le guerre. Fondati sotto l'impulso della Commissione permanente e del Ministero dell'Interno, i comitati di assistenza sono e debbono restare opere di iniziativa privata. Lo Stato li aiuta a mezzo di sovvenzioni, tanto più importanti quanto meglio saranno conosciuti i loro bisogni.

L'opera nuova si è organizzata e comincia a funzionare. Raggiunge il suo scopo a mezzo dei delegati regionali, i quali prendono a carico il malato appena tornato in famiglia ed a mezzo dei suoi «monitori di igiene», che vanno a curarlo e ad insegnare le misure profilattiche necessarie per impedire il contagio interfamiliare. Tutti i soccorsi, di cui il comitato dipartimentale può disporre a favore del malato bisognoso, tutti i mezzi di preservazione sociale, che può ottenere a favore della moglie e dei bambini, sono posti in opera senza ritardo: è la circoscrizione metodica di un focolaio di bacillosi. Restano i mezzi materiali; somme considerevoli sono necessarie ogni mese ed i milioni di già accordati dalla Camera non basteranno certamente.

L'intesa cordiale stabilita fra i comitati dipartimentali e le opere di beneficenza, o di assistenza esistenti, costituisce un aiuto efficace. Ma tutto il pubblico deve prodigare le risorse materiali, senza delle quali non è possibile assicurare la preservazione delle persone e delle famiglie, che hanno la buona fortuna di essere ancora immuni.

P. C.

STORIA DELLA MEDICINA.

Una rivendicazione italiana

L'insufflazione intratracheale detta di Auer-Meltzer è di Baglivi.

Vincenzo Monti nella sua prolusione agli studi dell'Università di Pavia, intitolata «*Dell'obbligo di onorare i primi scopritori del vero in fatto di scienze*» proponeva l'istituzione di una polizia scientifica, la quale attenta vegliasse sul prezioso deposito delle invenzioni nazionali e ne denunciasse al gran pubblico gli usurpamenti.

Figuriamo, per un istante, che il tribunale imaginato dal poeta di Alfonsine esista realmente e sottoponiamogli il caso seguente: i fisiologi Auer e Meltzer osservarono che se si insuffla di continuo aria in un tubo spinto sino alla biforcazione bronchiale a traverso un'apertura della trachea, può indefinitamente esser mantenuto in vita un cane curarizzato. Nella loro nota sulla *respirazione continua senza movimenti respiratorii* (The Journal of exper. medicine, 1908, XI, 622) ponevano in evidenza il fatto fisiologico pel quale, se l'insufflazione viene praticata a livello della biforcazione bronchiale, i movimenti respiratori ritmici non sono necessarii e, invero, cessano; il processo dello scambio gassoso avviene allora nella respirazione esterna quasi nello stesso modo come nella respirazione interna.

Il principio fondamentale di queste esperienze — ritenute originalissime — fu poi adottato come metodo di respirazione artificiale, che fu reso pratico introducendo il tubo a traverso la glottide. Così l'insufflazione intra-tracheale, rendendo inutili i movimenti respiratorii, ha permesso di poter aprire ambedue le pleure senza che l'animale risentisse i danni del pneumotorace e ha reso possibile la narcosi dell'animale apnoico, aggiungendo vapori d'etere all'aria insufflata. Elsberg ha quindi trasportato il metodo in parola nella chirurgia umana, ove è riuscito di grande utilità come mezzo adatto a ovviare i danni del pneumotorace operatorio, e quale artificio di narcosi in molti interventi del collo e del torace.

Esposto brevemente l'esperimento che va col nome di Auer e Meltzer, riferirò, seguendo il testo originale, quello che Baglivi dice di aver fatto «più volte in pubblico ed in privato con gli amici».

Scrive dunque Giorgio Baglivi nella lettera a Filippo Hecquet medico illustre, dal titolo «*Del moto delle meningi e della oscillazione dei*

solidi » (inserita nel *Saggio del primo libro intorno alla fibra motrice*) e datata da Roma il primo di agosto 1703: « Prendi un cane molosso e secondo il solito legalo ad una tavola; allora fai con diligente sezione un foro nella gola ed applica al foro della sezione una cannula fatta di tal guisa, da potere insufflare a piacere col moto delle labbra l'aria nei polmoni. Quindi con un ferro tagliente taglia per il lungo tutte le coste con i propri muscoli, ed anco al di sopra, onde per mezzo loro il petto non possa più muoversi. Fatto questo insuffla l'aria ad intervalli per la cannula e vedrai che fino a che introduci l'aria il cane comodamente vive, e che non urla e non si muove con violenza; ma appena viene privato di questa artificiale insufflazione dell'aria, vien preso da moti convulsivi per tutto, da difficilissima e quasi soffocante respirazione e da mille gravi accidenti, e questi tutti quasi in un momento cessano, quando di nuovo s'insuffli l'aria nei polmoni per mezzo della cannula. Il cane così affetto vive per due ore, e vivrebbe per più se il tedio dell'esperimento non ci rimovesse da più lunga osservazione... ».

Giudichi il lettore dell'identità delle esperienze: l'unica differenza di qualche valore nell'esperimento dell'italiano in confronto di quello degli autori anglosassoni di due secoli dopo è l'assenza dell'uso del curaro.

GUGLIELMO BILANCIONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Riunioni medico-militari castrensi.

II Riunione - 25 settembre 1916.

Malattie dentarie e profilassi orale nei militari.

Il capitano medico PIPERNO A. espone alcune considerazioni fatte durante quattro mesi di cure ambulatorie prestate ai militari nella sezione odonto-stomatologica da lui diretta.

Sull'applicabilità dell'art. 56 dell'elenco delle imperfezioni ed infermità, si è ormai d'accordo di esentare dal servizio quei militari soltanto i quali abbiano deperimento organico per la ripercussione che l'insufficiente masticazione, come primo atto della nutrizione, può avere sullo stato generale.

Loda le istituzioni degli ambulatorî odontoiatrici in zona di guerra che leniscono sofferenze talora non lievi, di tanti affetti da carie dentaria.

Ad evitare però le frequenti temporanee assenze dal servizio militare le cure ambulatorie dovrebbero essere rapide e complete: una seduta per l'otturazione permanente di una carie di 1° o 2° grado, due o tre sedute per denti con carie di 3° o 4° grado, una o due sedute per le gengiviti da tartaro e la piorrea alveolo-dentale.

Medicature d'urgenza potranno essere fornite dai medici reggimentali. L'O. propone all'uopo i medicamenti adatti e gli istrumenti necessari, semplificando la dotazione delle cassette odontoiatriche della Sanità militare. Riduce l'ospedalizzazione dei sofferenti per malattie dentarie a qualche caso di pericementite con ascesso e febbre e ai casi di disodontiasi del dente del giudizio, con febbre, ascesso gengivale e trisma.

Dà opportune norme di profilassi orale e diffonde un foglietto decalogo d'igiene dentaria, mostrandosi più propenso al massaggio gengivale e dentario con un asciugamano e sapone bianco che allo spazzolino comune.

L'ittero da bacilli tifo-paratifici.

Il tenente dott. L. MANFREDI riferisce che per caratteri epidemici e clinici, l'attuale e tuttora persistente forma di itteri, va ritenuta di origine infettiva. Dato il decorrere particolare di numerose tra le forme di ittero, con la complessa sintomatologia che depone per una infezione tifoidea e con reazione agglutinante del siero di sangue positiva verso il bacillo tifico, o l'affine bacillo paratifo B, dato ancora il facile annidarsi e persistere nella cistifellea dei germi tifici o paratifici, sorge il dubbio che l'ittero sia espressione di una flogosi locale sostenuta da detti germi, forse diminuiti nella loro virulenza dalla vaccinazione antitifica, così largamente praticata nell'esercito.

Questa ipotesi permette così di aggruppare in una entità morbosa unica, le forme più gravi, febbrili, e le più lievi; le une e le altre non sarebbero che esponente delle infinite varietà cliniche che ha ogni forma morbosa. A convalidare tale ipotesi gli AA. saggiarono in numerosi itterici il potere agglutinante del sangue verso il bacillo di Eberth, verso il bacillo paratifo A, verso il bacillo paratifo B, e verso il *Bacterium coli*.

Ebbero il 48 % di reazioni nettamente positive verso il bacillo paratifo B, il 20 % di reazioni nettamente positive verso il bacillo di Eberth, il 3 % di reazioni nettamente positive verso il bacillo paratifo A; solo eccezionalmente la reazione ebbe esito positivo verso il *Bacterium coli*. Anche gli esiti meno nettamente positivi, hanno un valore non trascu-

rabile come orientamento generale, avendo potuto gli AA. rilevare che, sebbene la reazione non sia nettamente positiva, vi sia un accenno di maggiore o minore tendenza alla positività per il bacillo del tifo in altri 15 % dei casi, per il bacillo paratifo B in altri 20 % dei casi, per il bacillo paratifo A in altri 10 % dei casi.

Gli AA. dunque ritengono che la prova sierodiagnostica convalidi l'ipotesi da essi formulata. Si dimostra la tecnica seguita nel metodo di ricerca; e si presentano le tabelle coi casi clinici e gli esiti della ricerca serologica dettagliatamente esposti.

Il maggiore medico GARDINI O., ricorda una epidemia di itteri, da lui notata, e riferisce che nell'ospedale da campo da lui diretto, parecchie autopsie di individui morti con ittero cospicuo, dimostrano il reperto di una infezione tifoide; milza ingrandita, placche del Peyer ingorgate, ecc.

Il tenente medico CAMERA UGO, ricorda un caso di ileotifo che venne preceduto da ittero grave con coleciste acuta, che richiese l'intervento chirurgico; nel contenuto della cistifellea si dimostrò il bacillo di Eberth, quasi in coltura pura.

Il capitano medico SCALONE domanda all'O. se nelle forme particolarmente gravi e febbrili di ittero, gli AA. non abbiano notato che uno specialmente dei germi da essi segnalati sia incriminabile come causa.

L'O. risponde che nelle forme più gravi e febbrili, la siero-diagnosi fu positiva ora per il bacillo del tifo, ora per il bacillo paratifo B, senza potersi più specialmente incriminare uno o l'altro dei detti germi.

Il maggiore medico RIVALTA R. ricorda una epidemia di ittero infettiva a Derna, nel novembre 1912, del quale fu colpito egli stesso con una degenza di 10 giorni e per il quale ebbe a soffrire sopratutto per una spiccatissima miastenia dolorosa anche nei semplici movimenti, sopratutto delle braccia.

Il capitano medico GORRETTI domanda all'O. se le agglutinine notate dagli AA. nel siero di sangue degli itterici non si potessero mettere in rapporto alla pregressa vaccinazione antitifica.

L'O. risponde che i casi di ittero studiati e rapportati nella casistica sono stati scelti tra i vaccinati 5, 7 mesi innanzi e che, contemporaneamente venne eseguita in altri degenti, con forme morbose indifferenti, e stati essi pure vaccinati 5, 7 mesi innanzi, la ricerca siero-diagnostica verso i germi tifo, paratifo A e paratifo B.

Si ebbe una percentuale di esiti positivi del 3 % verso il bacillo del tifo, del 2 % verso il bacillo paratifo B.

Sulle ferite da scheggia di granata, di bombe a mano e da proiettili esplosivi in genere.

Il tenente medico CAMERA UGO espone la sua esperienza personale desunta dall'osservazione di circa 1500 casi di tali ferite da lui trattate.

Ritiene che queste ferite sono destinate a complicarsi più o meno rapidamente per qualche processo infettivo. Tratta delle possibili infezioni a cui possono soggiacere questi traumatismi ed espone il suo modo di comportarsi dinanzi a questo genere di lesioni.

Propugna l'esplorazione digitale sistematica dei tragitti di queste ferite, praticata naturalmente « cum grano salis », tenendo cioè conto della sede della lesione e dei mezzi che si hanno a propria disposizione per rendere abbastanza innocua questa esplorazione. Tale manovra serve a far riconoscere la direzione del tragitto, l'eventuale presenza di diverticoli, di proiettili e di altri corpi estranei, di valutare le lesioni profonde, di guidare ed orientare il ferro operatore nell'intervento. L'applicazione di questo sussidio diagnostico, da molti recisamente condannato, trova la sua giustificazione nel fatto che in queste ferite il pericolo costante di infezione preesiste profondamente sin dal momento in cui avvenne il ferimento, e s'impone su quello che eventualmente può portare il dito esplorato. Siccome la sorte di questi feriti più che dall'estensione della lesione dipende dalla gravità dell'infezione, l'O. richiama l'attenzione sulla grande importanza che deve avere la profilassi, la quale in questi casi non può consistere che in un intervento precoce, oculato, sufficiente ad allontanare dai tessuti colpiti quelle condizioni e quegli agenti favorenti e determinanti l'infezione. Propugna quindi l'intervento sistematico in tutte le ferite in parola, che consiste in 4 momenti principali: sbrigliamento, allontanamento del materiale estraneo, disinfezione, drenaggio.

Questo intervento avrà tante maggiori probabilità di assolvere il suo compito, quanto più precocemente sarà praticato; ad ogni modo solo dove si ha la possibilità di praticarlo con una certa garanzia per l'asepsi e per la tranquillità dell'operatore, vale a dire nelle sezioni di sanità e negli ospedaletti da campo.

L'antisettico usato dall'O. è sempre stato l'acqua ossigenata.

Quando l'infezione si è già manifestata al-

lora l'operatore si comporterà caso a caso secondo il genere d'infezione con cui avrà da fare. Nelle infezioni comuni consiglia di essere sempre generosi negli sbrigliamenti; secondo lui meglio peccare di eccesso che di difetto; poichè non saranno mai i cinque o i dieci centimetri in più della ferita operatoria che potranno influenzare in qualche modo la riparazione di una ferita, se l'operatore saprà nello sbrigliamento ubbidire alle comuni leggi dell'anatomia topografica.

Procedendo in questo modo l'O. dice di avere sempre avuto ottimi risultati.

DISCUSSIONE.

Il maggiore medico GARDINI O. dice che in simili specie di ferite si è grandemente giovato del clorosol colla formola del Giannettasio come esporrà più diffusamente nella sua comunicazione.

Il capitano medico BAVIERA, il maggiore medico LA GROTTERIA, il capitano medico BECHI, usano pure in tali casi gli antisettici a base di ipocloriti, dando la preferenza alla formula del Giannettasio.

Il tenente medico CAMERA si dichiara poco favorevole all'uso di antisettici in genere. Egli usa l'acqua ossigenata più per la sua azione fisica detergente, che per la sua azione antisettica. La sua maggior fiducia per l'esito è riposta nell'atto operativo, che deve servire ad esporre ad un drenaggio completo e sufficiente tutte le varie porzioni settiche della ferita.

Il capitano medico SCALONE chiede all'O. se ritiene conveniente inseguire sistematicamente tutti i proiettili anche piccoli.

Il tenente medico CAMERA dichiara che nelle ferite, le quali non ancora presentano sintomi infiammatori, la ricerca del proiettile, richiedente difficoltà e troppe indagini, non è attuata, nè consigliata. Del resto trattandosi di voler solo modificare favorevolmente le condizioni della ferita, a questo scopo è sufficiente lo sbrigliamento e un drenaggio bene applicato. Nei casi di sepsi già dichiarata, la ricerca dei proiettili, anche di piccole dimensioni, non è difficile, poichè, a campo bene aperto, generalmente la loro presenza viene rivelata da immancabili tragitti fistolosi.

Il capitano medico SCALONE, a proposito del trattamento e degli antisettici che corrispondono meglio alla cura delle ferite in discorso, richiama una constatazione fatta non solo da lui, ma da moltissimi altri, che cioè le ferite muscolari sono le più rare a guarire spontaneamente e quelle che minacciano la diffusione della infezione: la infezione del tessuto muscolare prende, a prevalenza di quella degli altri tessuti, un carattere necrotico con prodotto icoroso settico da imporre rapidi interventi o il trattamento attivo delle ferite. Che le ferite accompagnate a pestamenti e a lacerazioni muscolari diano il maggior contributo allo stabilirsi delle infezioni più gravi è risultato indubbiamente dalle recenti osservazioni di guerra; ma la spiegazione ha il fondamento nelle nostre nozioni di biologia batterica e sopratutto dei germi anaerobii. È noto che un metodo molto pratico e semplice per le culture di sviluppo degli anaerobii è quello di servirsi, come materiale, del così detto *brodo fegato*, cioè del brodo ordinario da cultura in cui siano messi dei pezzetti di fegato prevalentemente di cavia: anche a contatto dell'aria gli anaerobii si sviluppano rigogliosamente e rapidamente colla emissione di prodotti putridi che ricordano appunto quelli che noi rinveniamo nelle infezioni necrotiche legate molto probabilmente a germi anaerobi o a simbiosi batteriche. All'O. viene l'idea che il tessuto muscolare faccia, rispetto a tali germi delle infezioni settico-necrotiche, ciò che il tessuto epatico fa nelle culture artificiali di laboratorio, sopratutto quando si tratta di tessuto in qualunque modo leso nella sua vitalità.

Guidato da questo concetto, che corrisponde alla osservazione clinica, dice che di tutte le ferite debbono essere maggiormente tenute in osservazione quelle con lesioni dei muscoli. Tale concetto ci guida agevolmente al trattamento nel senso che l'aerazione della ferita lungo il suo tragitto ed in tutti i suoi ricettacoli, mercè ampi sbrigliamenti e drenaggi, sia il fondamento della cura. Infatti ci sono di quelli che sono contenti dell'acqua ossigenata, altri dello ipoclorito sotto forma di liquido di Dakin-Carrel o di liquido di Giannettasio; tutti sono contenti insomma di irrigare le ferite con soluzioni che cedono ossigeno ai tessuti, ciò che ci corrobora nell'idea che realmente nelle infezioni più gravi ed a carattere necrotico siamo di fronte a germi anaerobii o a simbiosi di altri con questi ultimi. Però qualunque sia il liquido usato, è indispensabile l'aerazione dei tessuti che si ottiene cogli sbrigliamenti e coi drenaggi senza di che gli antisettici non corrispondono; quando nel trattamento di queste ferite, il chirurgo avrà aerato bene i ricettacoli della ferita, qualunque liquido crede che corrisponda bene, anche la semplice soluzione fisiologica o la ipertonica, di cui l'O. fa largo uso. Se un concetto biologico deve guidare il trattamento e non l'empirismo crede che il dominio sui germi di tali infezioni si

abbia col modificare radicalmente le loro condizioni di vita colle norme esposte.

Il tenente medico CAMERA si dichiara dello stesso parere; fa osservare di avere già esposto tale opinione nella seduta precedente, parlando della infezione gasosa delle ferite, il cui focolaio iniziale secondo le sue osservazioni in proposito, era sempre di origine muscolare.

Il capitano medico MODIGLIANI chiede al tenente Camera perchè non ha fatto alcun accenno ad indagini radiologiche ed interpella la sua opinione in proposito alla necessità di questo presidio diagnostico.

Il tenente medico CAMERA risponde che sarebbe inutile sperare, dato l'eccessivo numero di apparecchi occorrenti per dotare tutti gli ospedali da campo, di poter fare assegnamento sopra tale sussidio. Anche per questa ragione nella trattazione dell'argomento, aveva consigliato gli sbrigliamenti ampi. Ritiene però che se tale procedimento e l'esperienza possono rendere in molti casi superfluo l'esame radiologico, in alcuni casi speciali vien dato di sentirne fortemente la mancanza.

Il maggiore medico LA GROTTERIA fa voti per l'aumento delle auto-ambulanze radiologiche, o per la dotazione di gabinetti radiologici, ripartiti fra gruppi d'ospedali.

Il capitano medico BECHI a proposito dell'esiguità di casi (uno solo) di emorragia secondaria, riscontrati dal tenente Camera, fa notare come queste complicanze si osservino particolarmente negli ospedali territoriali, data la breve degenza dei feriti negli ospedali da campo.

Il tenente medico CAMERA risponde che, essendo sua direttiva di non traslocare feriti gravi settici, se non quando le condizioni locali e generali non diano più alcuna apprensione, la scarsa percentuale possa ritenersi come definitiva per quel che riguarda i suoi casi; la scarsità di queste emorragie secondarie viene da lui messa in rapporto colla precocità dell'intervento atto a migliorare le condizioni locali di sepsi, poichè ritiene che a favorire tali emorragie, abbia grande importanza l'assenza o la deficienza di un buon drenaggio, come pure la scelta di esso e le modalità della sua applicazione.

Sull'azione degli antisettici in chirurgia di guerra.

Il maggiore medico C. R. I. GARDINI comunica che da molti mesi ha usato su centinaia di feriti e congelati, presentatisi alla osservazione il clorosol di Giannettasio. Egli, basandosi sulle esperienze fatte, conclude così:

1° che il clorosol, quantunque non sia l'antisettico ideale, è il più potente fra tutti gli antisettici usati;

2° che è un antiputrido;

3° che è un deodorante;

4° che ha un'azione ossidante sul fosforo contenuto nelle amalgame dei proiettili esplosivi austriaci;

5° che è un emostatico;

6° che non provoca dolore nell'applicazione;

7° che provoca e tutela la citofilassi;

8° che è preferibile a tutti gli altri antisettici anche per il modico prezzo.

Aggiunge che vanno fatti studi per conoscere l'indice opsonico del sangue in contatto col clorosol, e quanto l'aria (ossigeno dell'ambiente) concorra nel modificare con l'ossigeno che si sviluppa dal clorosol stesso, i germi anaerobi contenuti nelle ferite di guerra.

Il capitano medico BAVIERA dice di avere usato nelle ferite settiche l'ipoclorito di calcio e qualunque fosse la violenza dell'infezione locale, ebbe sempre, in capo a pochi giorni, la cessazione di essa. Usò ed usa l'acqua ossigenata, ma la superiorità dell'ipoclorito è marcata.

È doveroso conoscere che uno dei primi ad usarlo in Italia è stato il prof. Durante, da cui egli ne apprese l'uso. Il Giannettasio in prosieguo di tempo trovò una formula per avere una soluzione limpida a tipo costante.

La formula usata dal disserente è: acido borico grammi due, sciogli a caldo in cento di acqua; aggiungi a freddo grammi uno di ipoclorito, decanta o filtra. Si ha così una soluzione limpida che risponde allo scopo ed è di costo minimo.

Il capitano medico MODIGLIANI ha pure ottenuto dei risultati costanti nelle gravi forme settiche, sia coi lavaggi, sia nelle forme più tenaci, con bagni prolungati (due ore, una o più volte nelle 24 ore).

Il maggiore medico LA GROTTERIA si unisce senza riserva ai due precedenti confermando che anch'egli si è giovato con ottimo risultato dell'ipoclorito con la stessa formula anche nella 27ª Sezione di sanità comandata da lui per circa un anno.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CONTRIBUTO DEL MEDICO PRATICO.

Sulla cura delle pleuriti essudative nella pratica di condotta

per il Dott. MARIO CANALI

L'entrata dell'aria atmosferica nel cavo pleurico è tuttora temuta da molti, e l'ingegno dei clinici si è lungamente affaticato nella invenzione e nel perfezionamento dell'armamentario per la toracentesi, nell'intento di evitare tale danno, che si riteneva gravissimo.

Altri invece l'hanno detto nullo, e sta a capo di tutti il giapponese Kawahara, che ha rimesso in onore il metodo antichissimo, ora detto *nipponico*, che consiste nel praticare la toracentesi con un comune trequarti che, collocato in sede, lascia liberamente fuoruscire il liquido e liberamente penetrare l'aria atmosferica.

Altri ancora (Silvestri) in base a larghe osservazioni, alcune delle quali precedenti alla pubblicazione del Kawahara, si credettero autorizzati a concludere che l'introduzione dell'aria atmosferica, anzichè un danno, rappresenta un sussidio terapeutico importante, non solo sintomatico, ma anche causale e che si deve in ogni caso, durante e dopo lo svuotamento del cavo pleurico, favorire l'entrata della medesima, che ha inoltre il vantaggio di prevenire gli accidenti immediati di una ragguardevole decompressione polmonare.

Altri infine, la Scuola Francese in ispecial modo (Vagues e Luiserne, Achard e Gredat, Dufour e Fuox) e in Italia la Scuola Padovana, nei casi di pleurite a grande versamento, che impongono urgentemente la evacuazione del liquido, praticano la toracentesi combinata con la introduzione contemporanea o di aria sterilizzata, depurata e disseccata, facendola gorgogliare attraverso una soluzione di permanganato di potassio addizionata di soda caustica (Borgherini) o di ossigeno puro filtrato attraverso il cotone (Lucatello, Carletti).

E tutti lodano ed esaltano il proprio metodo di cura, proclamandolo il migliore per una buona e rapida guarigione delle pleuriti.

Nella pratica di condotta io non credo utilizzabili i consigli delle Scuole francese e padovana, che richiedono l'impiego di apparecchi speciali ed ingombranti e complicano un atto operativo alla portata di tutti, non so vedere con quale utilità. Perchè, o si adopera l'aria sterile, come vuole il Borgherini, e, come afferma egli stesso, essa è tuttora presente nel cavo pleurico un mese dopo la sua introduzione, favorendo l'atelettasia polmonare, che è appunto ciò che, specialmente nei grandi versamenti, noi vogliamo colla puntura evitare: o si adopera, come vuole il Lucatello, l'ossigeno e allora, giacchè si sa che esso si riassorbe con estrema rapidità, è lecito domandare perchè lo si introduca. Perchè, dice il Carletti, venendo a contatto della superficie pleurica ammalata, esso esercita una favorevole azione biochimica sulla flogosi. Orbene, l'esperienza dimostra che le pleuriti guariscono bene anche senza di essa: dimostra ancora che, quando l'essudato è recente e il polmone può riespandersi con facilità, i timori sul pericolo della decompressione polmonare sono esagerati; in 18 anni di pratica di condotta io ho fatto un centinaio di toracentesi, svuotando anche essudati di oltre 3 litri, senza notare mai il minimo inconveniente.

Solo davanti ad essudati antichi con impedita riespansibilità polmonare, lo svuotamento completo potrebbe essere seguito da inconvenienti ed allora potrebbe venire in discussione l'utilità della introduzione del gaz. La sostituzione di un pneumotorace ad un idrotorace potrebbe anche essere utile quando insieme al versamento coesistesse un focolaio di tubercolosi polmonare, il che abitualmente non è; ed anche in tal caso sarebbe sempre discutibile la convenienza o meno dello svuotamento del liquido per sostituirlo con gaz. La indicazione netta si avrebbe quando lo richiedessero le condizioni meccaniche ,inquantochè si sa che il malato sopporta meglio la compressione da gaz che non da liquido.

Il metodo Kawahara-Silvestri troverebbe, specialmente in condotta, ove l'aria è di gran lunga più pura che negli ospedali, facile applicazione, ma gli si può obiettare, oltre all'inconveniente di favorire l'atelettasia polmonare, il pericolo della infezione. Ammetto che tale pericolo sia molto relativo e vediamo infatti che spesso durante la toracentesi penetra nel cavo pleurico dell'aria senza che poi il liquido da sieroso si faccia purulento; ammetto anche che se questa dolorosa eventualità si verifica, si possa presumere che la penetrazione dei piogeni provenga dal polmone, dove essi sono virulenti e non dall'aria esterna, oppure che la trasformazione sia dovuta alla natura stessa della pleurite, che quasi sempre è tubercolare, e il bacillo di Koch ha talora proprietà piogene, ma come accertarlo?

Io non ho seguiti mai i consigli del Silvestri e non ho quindi esperienza in proposito; debbo però presumere che molti la pensino come me, se il Silvestri in una delle sue ultime pubblicazioni lamenta come il suo metodo del lavaggio ad aria atmosferica non sterilizzata abbia avuta dai colleghi una applicazione troppo scarsa. Io non saprei come perdonarmi il dubbio di avere provocato un pio-pneumotorace là dove era una pleurite sierosa, come non saprei scusarmi di avere provocato un avvelenamento da mercurio in un bambino per dar retta a chi sostiene che alla somministrazione del calomelano si può impunemente far seguire la ingestione di cloruro di sodio. Continuerò quindi ad eseguire la toracentesi in modo da evitare la introduzione dell'aria. Le affermazioni del Silvestri e degli altri serviranno tutt'al più a tranquillizzarmi se durante l'atto operativo l'aria penetrerà accidentalmente nel cavo, ciò che costituiva una volta per me un motivo di seria apprensione; così consiglio anche di fare ai miei giovani colleghi di condotta, ai quali questa mia nota è indirizzata e che hanno bisogno di avere in testa poche idee, chiare e pratiche.

L'armamentario che ho sempre usato è semplicissimo. All'ago da toracentesi del Potain innesto un tubo di gomma lungo poco più di un metro, chiudendolo all'altro estremo con un Klemmer. Pungo, ritiro lo stiletto del trequarti, ne chiudo il rubinetto ed apro il Klemmer lasciando defluire il liquido liberamente. Se insorge tosse, sospendo temporaneamente l'estrazione stringendo il tubo fra due dita, allo scopo di frenare la tosse stessa e di impedire che durante la inspirazione forzata che ne consegue, l'aria arrivi nel cavo.

Con questo semplice trattamento ho curato i miei malati con risultati costantemente buoni. Da quando però il Gilbert, valendosi della affermazione di Debove e Remond sulla presenza di tubercolina in seno ai versamenti peritoneali di origine bacillare, inoculò i pleuritici col loro liquido, vantando i risultati curativi di tale pratca, e benchè da taluni sia stata negata a tale inoculazione qualsiasi utilità, ho praticata anch'io molte volte la cosidetta *autosieroterapia*, data la semplicità di tale applicazione; si fa una puntura esplorativa sulla linea ascellare posteriore, si aspirano 10 cmc. circa di liquido, si estrae l'ago e, dopoaverlo fatto deviare, si reinietta sotto la cute il liquido pleuritico estratto. L'operazione si ripete ogni due giorni finchè il liquido nel torace non si sia del tutto riassorbito.

Queste inoculazioni ripetute si possono fare agevolmente in ospedale e nella pratica di città, non in condotta, ove non sempre è possibile seguire con regolarità i malati. Io pratico quindi l'auto-sieroterapia, contemporaneamente alla toracentesi. I malati sono tutti guariti, ma non so se e quanto la guarigione sia dovuta alla cura Gilbert, perchè ho visto e continuo a vedere che di solito, data una pleurite essudativa, basta la toracentesi senz'altro, sussidiata da un'adatta cura igienico-medicamentosa, perchè il liquido o non si riproduca più o si riproduca in tale quantità da non dovere più essere evacuato, tendendo al riassorbimento spontaneo.

In un caso però, assistito poco tempo fa, penso che l'autosierosterapia abbia giuocata la parte maggiore nella guarigione del pleuritico.

V. P., di anni 35, contadino, non ha mai avute malattie degne di nota ed è figlio di genitori sani; una sorella fu da me curata per pleurite e morbo di Pott. Si presenta al mio ambulatorio il 23 aprile 1916, accusando cardiopalmo e difficoltà di respiro. Constatato un versamento pleurico sinistro, sottopongo il V. P. alla toracentesi che dà esito a 1500 cmc. di liquido sieroso e lo rimando a casa con prescrizione di adouis e I K. Lo rivedo a domicilio il 27; è febbricitante, il versamento si è riprodotto ed arriva alla spina della scapola. Il 29 l'ottusità è completa sia anteriormente che posteriormente; respiro dispnoico, temperatura 38°, polso 110. Estraggo 2 litri di liquido, sempre sieroso, e ne inietto contemporaneamente sotto cute 15 cmc. Il 1° maggio trovo il malato completamente apiretico con polso a 60; di liquido nessuna traccia; la madre mi informa che egli ha avuta abbondante diuresi e profusi sudori. La convalescenza è stata singolarmente rapida.

A meno che non si voglia ammettere che tutto sia opera del caso, è lecito presumere che l'auto-sieroterapia abbia avuto ragione di un versamento pleurico, contro il quale la sola toracentesi si era dimostrata insufficiente. Trattandosi di pratica semplicissima ed assolutamente innocua, credo valga la pena di applicarla. Per la bibliografia cfr. *Il Policlinico* - (Sezione pratica). — Annate 1907 e seguenti.

Fornovo di Taro (Parma), 24 maggio 1916.

Avevo già consegnata al *Policlinico* questa mia nota, quando ebbi occasione di osservare altri due casi, che confermano gli efficaci e rapidi risultati che si ottengono col metodo *Gilbert* modificato: *autosieroterapia e contemporaneo svuotamento completo del cavo pleurico.*

Il primo riguarda un soldato inviato in convalescenza per pleurite fibrinoplastica destra. A casa insorse versamento pleurico sinistro, che si fece lentamente, con lievi ipertermie. Dopo

l'estrazione di 500 grammi di liquido e l'iniezione di 10 cmc. di tale liquido pleuritico sotto la cute, scomparve la febbre ed il liquido non si riprodusse più.

Nel secondo caso la formazione del liquido, pure nel torace sinistro, avvenne assai rapidamente (8 giorni) con inizio pressochè improvviso, febbri alte, dolori puntori, tosse stizzosa e dispnea intensa. Estrassi 2000 cmc. di essudato sieroso e ne iniettai contemporaneamente 15 sotto la pelle. La temperatura che, al momento dell'estrazione, era di 39° misurava 36°.5 al mattino successivo; durante la notte insorse profuso sudore, che perdurava al mattino con senso di piena euforia. Non comparve più traccia alcuna di liquido, nè febbre, scomparvero la tosse ed i dolori puntori ed in modo così rapido che il paziente lasciò il letto dopo tre giorni dalla cura chirurgica e il giorno successivo potè uscire di casa.

Questa guarigione per crisi, così contraria alla comune risoluzione delle pleuriti, rende lecito pensare ad un processo di disintossicazione dell'organismo, al quale non deve essere estranea l'autosieroterapia.

Noto che anche in quest'ultimo caso, malgrado il rapido decorso della malattia, la pleurite era, con tutta probabilità, di natura tubercolare. Trattavasi in fatti di un giovane di 17 anni, di debole costituzione fisica, che ebbe nell'infanzia diverse *poussée* di ulceri corneali, che è tuttora tracomatoso e che nell'inverno scorso ebbe una polmonite a risoluzione lentissima; l'epatizzazione e la febbre durarono due mesi.

Concludendo, insisto sulla utilità di esperire sistematicamente questo metodo di cura.

Fornovo di Taro (Parma), agosto 1916.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La funzione pituitaria.

In relazione alle esperienze fatte da Cushing e dai suoi collaboratori, era stato rilevato che gli animali, i quali avevano subito l'ablazione totale o quasi della pituitaria, avevano una spiccata tendenza a passare nello stato di profonda letargia. I sintomi associati all'insufficienza ipofisaria sono, oltre allo stato di letargia, la temperatura subnormale, la rarità del polso e del respiro, l'abbassamento della pressione sanguigna e l'insensibilità; i soggetti, che sopravvivono, tendono a diventare adiposi ed a perdere l'attività sessuale.

Questi fenomeni coincidono con quelli che si osservano negli animali ibernanti (marmotte), che potrebbero averli acquisiti come adattamento a condizioni periodiche, quali la mancanza di cibo nella stagione invernale. L'ibernazione non è soltanto il risultato dell'esposizione al freddo; il sonno invernale incomincia prima che il clima sia diventato proprio rigido, sembra inoltre che vi siano delle specie, che hanno un sonno estivo.

Cushing e Goetsch (*Journ. of Exper. Med.* e *Journ. Am. Med. Assoc.*, 5 febbr. 1916) studiando le ghiandole endocrine degli animali ibernanti, vi hanno scoperto delle modificazioni istologiche. Già il nostro Gemelli aveva osservato che, in essi, la pituitaria diminuisce di volume e che, in alcuni, le cellule del lobo anteriore perdono le caratteristiche reazioni coloranti. Alla fine del periodo di letargo la ghiandola aumenta di volume e le cellule riacquistano la loro affinità per i diversi colori, mostrando altresì le figure cariocinetiche. Vi sarebbero quindi, nel letargo degli animali ibernanti, le note dell'ipopituitarismo.

Le onde periodiche di inattività pituitaria fanno del resto riscontro alle onde periodiche di attività ed inattività di altre ghiandole quali quelle della riproduzione. L'ibernazione, secondo gli AA. citati, può essere in relazione con un'onda fisiologica di attività pluriglandolare, in cui la massima parte si attribuisce alla pituitaria sia per le modificazioni istologiche, che essa presenta, sia per i risultati dell'ipopituitarismo sperimentale. L'argomento presenta un certo interesse, anche perchè nell'uomo si può avere una certa tendenza al letargo invernale, come si osserva in alcune regioni artiche ed in certi contadini russi che passano delle settimane in uno stato di sonnolenza, muovendosi una sola volta al giorno per prendere un piccolo pasto.

Fil.

CASISTICA.

Le prove della funzione renale.

Non è a credersi che una qualunque delle prove usate per lo studio della funzionalità renale indichi senz'altro il grado di questa: ognuna di esse, invece, ha il suo significato, e si potranno meglio studiare le malattie renali, quando il medico non si affiderà ad una sola ricerca, ma, dopo averne praticate diverse, ne interpreterà il risultato secondo il singolo significato.

H. O. Mosenthal e D. Sclater Lewis (*Journ. Am. Med. Assoc.*), hanno sottoposto ad esame comparativo i seguenti metodi di studio:

1° *Prova alla fenolsulfoneftaleina.* Si ritiene generalmente che, due ore dopo l'iniezione endomuscolare, ne debba venire escreto il 60 % e più.

2° *Azoto non proteico nel sangue.* Negli individui normali, a dieta ospedaliera, non dovrebbe esser superiore a 30 mg. per 100 cmc.

3° *Azoto ureico del sangue.* Negli individui normali non dovrebbe superare i 15 mg. per 100 cmc. Però per questa prova e per la precedente, non è possibile fissare un limite netto, data la notevole influenza della dieta.

4° *Coefficiente di Ambard.* Calcolato secondo la nota formola, oscilla nel normale fra 0.06 e 0.09. Quando la funzione renale si fa insufficiente, il rene non risponde adeguatamente allo stimolo dell'urea contenuta nel sangue, e se ne ha come conseguenza, una diminuzione nell'escrezione dell'urea ed un innalzamento del coefficiente.

5° *Ritmo della secrezione urinaria e peso specifico.* In condizioni normali, il peso specifico è di 1018 o più, con variazioni di 9 o più. L'urina notturna è in piccola quantità (400 cmc.) e del più alto peso specifico. I segni della diminuita funzione renale sono: abbassamento del peso specifico, con tendenza alla fissazione su di una cifra determinata, e poliuria notturna.

Nel giudicare della funzione renale, non bisogna però basarsi unicamente sulle cifre rilevate, ma metterle d'accordo con il quadro clinico.

Dalle ricerche comparative degli AA., risulta quanto segue:

Con le prove accennate, si può stabilire una gradazione della gravità delle lesioni renali, la quale può essere di valido aiuto per la prognosi ed il trattamento.

Riportiamo la tabella degli AA.; come al solito però, alle cifre occorre annettere soltanto un significato relativo, da mettersi sempre d'accordo con il quadro clinico:

La quantità dell'azoto ureico e non proteico del sangue deve essere considerata come il risultato di tre fattori: efficienza renale, dieta e distruzione proteica. Quando si hanno valori alti, l'aumento, dovuto alla sola ritenzione, comporta una prognosi migliore che quando la ritenzione stessa è combinata con la distruzione proteica.

Il coefficiente di Ambard è un metodo migliore per determinare la capacità del rene a secernere l'urea, che non la determinazione della quantità di questa nel sangue.

La prognosi delle malattie renali è seguita meglio nel suo decorso, con la prova della fenolsulfoneftaleina e con il coefficiente di Ambard, in quanto che, con queste ricerche, acquistano un significato notevole anche delle variazioni minime.

Lo studio del ritmo urinario e del peso specifico dà le indicazioni più precoci e probabilmente indica prima degli altri il *maximum* di deficienza.

Occorre però sempre considerare che ogni prova si riferisce solo ad una parte dell'attività renale e non può quindi venire usata per determinare in blocco l'attività renale.

FIL.

Gli effetti della vita di trincea sulla funzione renale.

Da un lavoro di S. W. MC. LEOD e P. AMENILLE (*Lancet*, 9 settembre 1916) si possono trarre le conclusioni seguenti:

1. L'esposizione al freddo probabilmente è affatto estranea allo sviluppo delle affezioni renali osservate in Francia, specialmente delle più benigne. In quelle più gravi, essa ha avuto per conseguenza, come in molte malattie infettive, di determinare disturbi circolatori tali da diminuire la risistenza ai batteri.

2. Nelle truppe è assai frequente l'albuminuria transitoria, che può classificarsi come albuminuria da fatica.

Grado di diminuzione della funzione renale	Fenolsulfoneftaleina %	Azoto (non proteico) del sangue	Azoto ureico del sangue	Coefficiente di Ambard	Ritmo urinario e peso specifico: Orina notturna		Variazioni del peso specifico quando il massimo è			
					cmc.	peso spec.	1018	1017-1015	1014-1013	1012
Normale.	60 e +	mg. 30	mg. 15	0.090	400	1018 e +	9 e +	...	...	...
Leggera.	59-40	» 31-45	» 16-27	0.091-0.115	401-600	1016-1017	8-5	6 e +	...	...
Discreta.	39-25	» 46-65	» 28-44	0.116-0.220	601 e +	1015 e —	4 e —	5-4	6 e +	...
Notevole.	24-11	» 66-90	» 45-64	0.221-0.350	...	...	...	3 e —	4-5	6 e +
Massima.	10-0	» 91 e +	» 65 e +	0.351 e +	...	...	...	...	3 e —	5 e —

3. Oltre ed essa, si nota anche una forma di albuminuria senza altri sintomi, che non può venire classificata come nefrite cronica e che può corrispondere ad un tipo di nefrite affatto benigna.

4. Probabilmente è in causa la dieta, eccessivamente ricca di albuminoidi e povera di vegetali. Il rene, analogamente ad altri organi, si troverebbe nelle condizioni di minorata resistenza per il fatto di uno stato di cose, che tende leggermente allo scorbuto.

D'altra parte, al rene viene chiesto un notevole sforzo metabolico, per la dieta troppo ricca di proteine, mentre poi rimane esposto a possibilità di intossicazioni batteriche.

FIL.

Litiasi renale ossalica.

Un'ammalata scoliotica di 47 anni osservata da Loumeau (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, numero 8, 1916), accusava un dolore all'ipocondrio ed a tutto il lato destro, accompagnato da crisi di ritenzione renale, con oliguria, frequenza della minzione, talvolta ematuria. L'esame delle orine ha dimostrato la presenza di ossalato di calcio, leucociti, emazie, colibacillo.

All'esplorazione, il rene destro percepibile sotto il margine costale, è grosso, doloroso; viene fatta diagnosi di nefroptosi destra e, date le continue sofferenze dell'inferma, viene decisa l'operazione.

L'intervento per la via lombare è però impossibile, in causa della deformità rachitica. Si procede quindi alla pielotomia transperitoneale; il rene destro è grosso, congesto, sènza traccia di perinefrite; contiene un calcolo triangolare del peso di 2 gr., della dimensione di cm. $2 \times 1\frac{1}{2}$. Dopo la guarigione operatoria, l'eliminazione urinaria riprende il ritmo normale e scompaiono i dolori.

L'esame del calcolo ha rilevato trattarsi di acido ossalico. Il caso presenta un certo interesse, per l'errore di diagnosi che ha permesso di ignorare la presenza di un calcolo voluminoso, che risaliva a molti anni; l'ulteriore complicazione della congestione renale spiega il fatto dei dolori continui aggiuntisi alle crisi intermittenti.

Altro fatto importante è la via seguita per la operazione (laparotomia laterale aggredendo il rene attraverso al foglietto esterno del mesocolon) guarita bene senza sutura del bacinetto e senza ulteriore fistola urinaria.

Ne risalta la necessità di ricorrere sempre alla radiografia nei casi di affezione renale a diagnosi imprecisa. FIL.

TERAPIA.

Il trattamento della costipazione mediante l'olio di vaselina.

Da tempo in Inghilterra viene usato metodicamente nel trattamento della costipazione l'olio di vaselina, che viene dagli inglesi chiamato olio di paraffina. Il noto chirurgo Arbuthnot Lane, lo ha utilizzato con successo nelle coliti e nelle appendiciti croniche accompagnate da costipazione.

L'olio di vaselina è uno dei tanti derivati dalla distillazione del petrolio bruto. Alla temperatura ordinaria è liquido.

Importa moltissimo che il prodotto per uso terapeutico sia perfettamente puro, sia perchè altrimenti produce una sensazione nauseabonda, sia perchè delle piccole particelle di petrolio che eventualmente contenesse, agirebbero come caustiche sulla mucosa.

L'olio di vaselina traversa il tubo digerente, senza essere intaccato, nè saponificato: esso riveste invece le scibale che scivolano quindi più facilmente; e riveste dopo qualche giorno anche la mucosa dell'intestino crasso, sicchè vi è diminuzione dell'esosmosi e quindi del disseccamento delle feci. Inoltre guariscono in tal modo le piccole lesioni derivanti dal passaggio di feci molto dure, e se ne ha quindi scomparsa o diminuzione dello spasmo reflesso.

Sul suo uso, Le Tanneur (*Progrès méd.* 20 gennaio) dà le seguenti indicazioni:

Avvertire l'individuo che *non si tratta di un lassativo e che le defecazioni non diverranno regolari, se non dopo qualche giorno*, in quanto che l'olio di vaselina impiega un certo tempo per arrivare fino al retto. La prima defecazione potrà quindi essere aiutata mediante un enteroclisma: in seguito l'individuo, dovrà astenersi da ogni lassativo od ogni enteroclisma.

La dose è di uno a due cucchiai al giorno, dopo i pasti od a digiuno, secondo le preferenze dell'individuo. L'olio di vaselina ben raffinato non ha affatto sapore e non dà nemmeno la sensazione di grasso al palato; per i bambini vi sono dei dolci al 20-25 % di olio di vaselina.

La cura deve essere fatta a periodi di 15-20 giorni ininterrottamente, dopo i quali si lascierà un riposo di una settimana, per riprenderla nuovamente. Dopo qualche mese, anche gli stittici gravi saranno rinati completamente alla vita, in quanto che la maggior parte delle loro sofferenze saranno scomparse. In qualche caso però i risultati sono meno dure-

voli, avendosi però ad ogni modo una evidente modificazione delle feci.

Per i lettori a cui potesse interessare, riportiamo le caratteristiche di un buon olio di vaselina per uso medicinale. Assenza di odore, sapore, fluorescenza, zolfo; densità a 15°, 0,890; viscosità a 39°, 230 secondi; quando si mescolino volumi uguali di olio e di acido solforico in un tubo da saggio e si tengano in bagno maria bollente per 10 minuti, non si deve notare annerimento dell'acido solforico.

FIL.

Il trattamento dietetico della ipercolesterinemia nella colelitiasi.

(ROTHSCHILD e ROSENTHAL. *American Journal of the medical sciences*, 1916).

Si conoscono i rapporti della colesterina con la formazione di calcoli biliari. Aschoff specialmente ha insistito sulle condizioni meccaniche della cistifellea e dei dotti biliari come fattore importante sulla formazione di calcoli di pura colesterina. Altri hanno richiamato l'attenzione sui rapporti della ipercolesterinemia con la formazione di calcoli biliari. Nella gravidanza esiste ipercolesterinemia ed è nota la maggior frequenza di calcoli biliari nelle donne gravide. Rothschild ha recentemente dimostrato che il contenuto di colesterina del sangue e della bile dipende dal tipo dell'alimentazione. Gli erbivori ingeriscono piccola quantità di colesterina e poca ne hanno nel sangue e nella bile, all'opposto di quanto si verifica nei carnivori e negli omnivori. Secondo questo autore non v'è sintesi di colesterina nel corpo.

Fu inoltre dimostrato che negli stati ipercolesterinemici sperimentali il sangue prima del fegato ritorna ad un contenuto colesterinico normale, appena si sospenda l'alimentazione di colesterina pura.

Henes ritiene che l'ipercolesterinemia può essere un elemento di diagnosi differenziale fra colelitiasi ed altre malattie addominali, specialmente nell'ulcera gastrica, in cui la quantità di colesterina è normale o subnormale. Però anche nell'ulcera si può avere ipercolesterinemia, come si ha nell'arteriosclerosi e nella nefrite cronica, e d'altra parte non tutti i casi di colelitiasi si hanno in ipercolesterinemici, come quando coesista l'ittero.

Rothschild e Rosenthal dividono in due gruppi i casi di colelitiasi, a seconda che questa è accompagnata a colesterinemia normale od aumentata. Per far diminuire la colesterina nel sangue bisogna diminuirne l'introduzione con gli alimenti ed ostacolarne l'assorbimento, essendo dimostrato che questo non avviene in assenza di bile. Per ottenere ciò occorre mettere il malato ad una alimentazione priva di grassi, la quale esclude i lipoidi e rende difficile la eterizzazione della colesterina libera nel cibo. Gli alimenti ricchi in lipoidi (uova, crema, burro, carne, pesce) debbono essere esclusi e debbono usarsi i vegetali, escludendo le fave ed i piselli, nei quali abbonda un prodotto metamerico: la filocolesterina. Per 3-4 giorni della settimana l'infermo deve attenersi strettamente a questa dieta: negli altri si può concedere poca carne magra ben cotta e pesce, escludendo anche di questi i grassi (carpia, salmone); invece del burro si può usare l'oleomargarina.

P. C.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(784) *Potabilizzazione dell'acqua di neve.* — L'abbonato n. 6699, Zona di guerra, scrive:

Dovendo svernare in alta montagna siamo costretti ad usare acqua di neve, che è punto limpida ed ha un cattivo sapore. Desidero conoscere un procedimento chimico di facile attuazione che elimini gli inconvenienti accennati.

Per togliere la torbidità all'acqua, che proviene dal dissolvimento della neve, non vi è altro mezzo che la filtrazione. Per togliere ad essa il cattivo sapore, che è conseguenza della pochissima mineralizzazione, basta aggiungere mezzo grammo di una mescolanza, fatta in parti eguali, di sale comune e bicarbonato di sodio.

SCALA A.

(785) *Cura dell'alopecia.* — Prego indicarmi una cura razionale per le chiazze alopeciche.

Dott. Faleschini.

Altre volte ci siamo occupati nella *Posta degli abbonati* della cura dell'*area Celsi* basata principalmente sull'uso della corrente faradica e di mezzi tonici (bagni salini, chinina, ecc.). Anche i raggi X e i raggi chimici della luce (Finsen) danno buoni risultati. Il Neisser consiglia le applicazioni locali di crisarobina (attenzione agli occhi!) e di acido pirogallico preparati sotto la forma di unguento o di soluzione (alcool, cloroformio) per frizioni sulle chiazze alopeciche ed in concentrazione gradatamente crescente (0,1 sino al 5-10 %). È consigliabile la depilazione lungo i margini dei sin-

goli focolai, come pure il massaggio mercè energiche frizioni con spazzole di acciaio o a peli duri. Nell'*area Celsi* della barba si tenga conto di eventuali lesioni dentarie.

V. MONTESANO.

(786) *Nell'eczema cronico squamoso dell'orecchio* (padiglione e condotto uditivo esterno), oltre i ricostituenti e pasta del Lasson e bagni tiepidi e catrame si può fare qualche altra cura?

Dott. P. Zanotti.

È consigliabile l'uso dell'unguento di Hebra e dei derivati del catrame. In casi ribelli si può sperimentare la radioterapia. Si faccia molta attenzione alla possibile coesistenza di focolai suppurativi nell'orecchio medio, che sono non di rado la causa della persistenza di questi eczemi.

V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

I. CAMPBELL ME CLURE. *A Handbook of fevers.* (Manuale delle malattie febbrili). Un volume in 8° di 470 pag. con numerosi diagrammi di temperature. Shaw e Sons ed. Londra, 1914.

L'A. descrive in questo libro le diverse malattie febbrili da un punto di vista essenzialmente pratico, e sorvola, di proposito, sulle descrizioni minute di anatomia patologica, evitando altresì le questioni troppo speciali di batteriologia ed epidemiologia.

La trattazione è fatta in forma schematica, ciò che porta come conseguenza la maggiore rapidità delle ricerche; accade però, con tale sistema, che alcuni capitoli vengono elencati anche in malattie in cui non hanno nulla a che fare, come p. e. l'esantema nella difterite, malaria, pertosse ecc.

L'A. comprende col nome di febbri le sole malattie da infezione; mentre vi include altre malattie, che decorrono di regola apireticamente, come p. e. il beriberi e la pellagra.

FIL.

N. MARINI. *Memento des indications essentielles de thérapeutique clinique.* Un volumetto in 16° di pag. 290. Baillière et Fils ed. - Parigi, 1916.

È un libretto comodamente tascabile in cui, per le singole malattie, elencate in ordine alfabetico, vengono indicate le prescrizioni essenziali, le bevande e gli alimenti concessi, e le più importanti note diagnostiche.

In un capitolo vengono anche trattati i mezzi di laboratorio più semplici e più pratici; in un altro vengono descritti i metodi per il cateterismo, mettendo bene in vista gli accorgimenti necessarî, per evitare manovre pericolose.

FIL.

Cardiologia di guerra.

La nuova rivista « Le malattie del cuore », molto opportunamente, ha dedicato l'intero fascicolo 3° (1 febbraio 1917) alla *cardiologia di guerra*, stampando interessanti lavori originali e una accurata e copiosa rassegna di quanto si è pubblicato sinora sull'importante argomento in Italia e all'estero.

SOMMARIO. — **Cardiologia di guerra:** Il cuore del soldato (*Prof. Filiberto Mariani*). — Dell'insufficienza mitralica funzionale nei soldati (*Prof. Giovanni Galli*). — Le nevrosi cardiache e loro valutazione nel reclutamento militare (*Prof. G. B. Ramoino*). — Breve nota sopra un caso di proiettile conficcato nel cuore (*Dott. Pietro Gilberti*). — Appunti clinici sul cuore da strapazzo (*Dott. Antonio Paolucci*). — **Rassegne e riviste:** Cardiologia di guerra: Nevrosi cardiaca e guerra (*A. Martinet*). — Cardiopatie al campo (*Schlesinger*). — Malattie di cuore osservate durante la guerra (*Devoto*). — Sulla miocardite acuta nel cuore affaticato (*Galli*). — Cardiopatie valvolari e reclutamento militare (*V. Giauni*). — Le insufficienze cardiache (*Gillet* e *Boyé*). — Il polso raro dopo la fatica (*Gouget*). — Il polso raro nell'anemia e nello strapazzo (*Ed. Hirtz*). — Cardiopatia congenita in un soldato di 22 anni (*Augé* et *Noubecourt*). — I cardiopatici ed il servizio di guerra. — Pseudocardiopatici (*Prof. Ehret*). — Il significato militare dei disturbi cardiaci lievi. — Pallottola di shrapnell nel ventricolo destro (*Freund*). — Disturbi cardiaci nei soldati (*Korach*). — Le cardiopatie nei soldati in guerra (*Troipel*). — Malattie del cuore e dei vasi in tempo di guerra (*E. Romberg*). — Malattie del cuore e dei vasi in tempo di guerra (*Th. Schott*). — Disturbi della capacità cardiaca (*E. Aschenheim*). — Disturbi cardiaci in tempo di guerra (*F. Merchel*). — Malattie di cuore e dei vasi in tempo di guerra (*H. Ehret*). — Azione dell'infezione tifoide sul cuore dei soldati in guerra (*Rohmer*). — Esame funzionale del cuore (*Rehfrich*). — La tonicità del vago considerata come una malattia di guerra (*Von Dziembowski*). — Osservazioni cliniche in cardiopatici (*L. Braun*). — Il « cuore irritabile » dei soldati (*Cotton, Lewis, Poynton*). — L'insolazione. Forme meningee e forme cardiache (*C. Lian*). — I soffi cardiaci e l'idoneità al servizio militare (*Josué*). — L'utilizzazione dei falsi cardiaci (*Ch. Aubertin*). — Ipertrofia passeggera del cuore (*Boulogne*). — Il « cuore del soldato » (*J. Mackenzie*). — La palpitazione nei soldati dovuta a ipertensione arteriosa (*Lian*). — Il patema della guerra e il suo trattamento (*L. Rénon*). — Il « cuore irritabile dei soldati » (*R. Mc. N. Wilson*). — Il cuore delle reclute (*A. Morison*). — I rumori cardiaci nei soldati (*D. Drummond*). — Iniezione di medicamenti nel cuore (*Esch*). — Intorno ad un caso di proiettile nel cuore. — La vaccinazione antitifica nei soldati affetti da lesioni cardiache (*H. Méry*). — Il cuore e i traumi (*J. Scholtz*). — Eccessiva fatica in campagna (*W. His*). — Ferita del cuore da proiettile senza intervento chirurgico (*Fromont*). — Insufficienza aortica da rottura delle valvole aortiche (*R. Bensaude* e *Monod R.*). — Determinazione dello stato funzionale del cuore (*Katzenstein*).

Abbonamento annuo: Italia L. 12 — Estero L. 18. Fascicoli separati L. 2.

Per gli abbonati al « Policlinico »: Italia L. 7 — Estero L. 13.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sul « diritto » alla ignoranza in fatto di oto-rino-laringologia.

È inutile usare eufemismi: la maggior parte delle giovani generazioni di medici, dato che l'oto-rino-laringoiatria non è materia obbligatoria di esame, e però non corre l'obbligo di frequentarne i corsi, è in legale diritto di ignorarne non solo tutto il dottrinale, ma anche i più elementari rudimenti. Quindi i medici condotti delle campagne e i liberi esercenti nelle città, si trovano di continuo di fronte a problemi di diagnosi e di cura degli organi respiratori e dell'orecchio, delle loro complicazioni intracraniche, facciali, cervicali, senza possedere quel viatico indispensabile non dico a stabilire la natura del male e a iniziarne una cura razionale, ma neppure lontanamente a sospettare la gravità della malattia, il suo decorso, i suoi più probabili esiti. Basta molte volte a salvare la riputazione di un medico, il quale non può essere egualmente versato e profondo in tutto lo scibile ippocratico, il *dubbio*, quel dubbio opportuno e tempestivo che illumina la famiglia del paziente e pone questo in condizione di ricorrere in tempo a persona tecnica e capace.

Si badi che io, in questo momento, non tesso l'elogio della specialità, che potrebbe sembrare passionato e non sereno. Conosco bene quanto giustamente si è scritto contro la *miopia* degli specialisti e basta ricordare le parole che Augusto Comte ha dettato contro la eccessiva suddivisione del lavoro scientifico: « La spécialité des idées et des rélations rétrécit l'intelligence, tout en l'aiguisant sans cesse en un sens unique; elle isole l'intérêt particulier de l'intérêt général ». So bene che « les inconvénients de la spécialisation augmentent avec les avantages » e che « la seule justification spécieuse, qui a été quelquefois tentée en faveur d'un pareil régime, consiste à présenter les spécialités comme l'unique garantie de la positivité des connaissances ».

In tutta la mia carriera, pur riconoscendo la necessità d'ordine pratico di una divisione del lavoro, ho cercato « di essere specialista il meno possibile », nel senso di mantenermi di continuo a contatto delle indispensabili fonti della patologia generale, alle quali dobbiamo sempre far capo. E quando nel carteggio del Galilei, io sento chiamarsi fra loro « letterati » quei sommi antesignani che tre secoli addietro hanno posto col metodo sperimentale le basi alla scienza moderna, mentre con la voce « filosofia » abbracciavano in possente unità ogni disciplina del pensiero, provo un vago sconforto di fronte alle grette divisioni mediante le quali, con criterî che si dicono positivi e non sono che empirici, si è nella pratica quasi distrutta quella unità feconda di tanta mirabile coltura.

Fatta questa confessione, torniamo all'argomento. Esso mi è stato suggerito da varî episodi del mio esercizio professionale durante la guerra: questa immane conflagrazione come ha reso manifeste e acuite alcune deficenze della vita civile d'ogni giorno, così ha esacerbato le piaghe dei nostri ordinamenti universitari, non ultima quella della deficenza assoluta di conoscenze oto-rino-laringoiatriche nelle giovani generazioni di medici. Anche prima della guerra non era raro accadesse — come appunto al sottoscritto — che un medico curasse con gli « schizzetti » di acido borico delle otiti medie purulente croniche in cui la carie era estesa all'attico e alla mastoide e si decidesse a mandare il paziente, di solito un bambino, allo specialista il giorno in cui appariva una paralisi completa del facciale. In altro caso, riuscita inutile l'usuale terapia nefasta con la glicerina iodata, in una presunta faringite di un uomo maturo, questi era raccomandato all'otologo perchè provvedesse ad amputare l'ugola (altra fissazione di molti colleghi!), responsabile innocente di un'ostinata e molesta tosse clangosa; ebbene, lo specialista trovava un'evidente paresi della metà sinistra della laringe, data da un aneurisma aortico. E quale lavoro di persuasione deve allora compiere il laringoiatra, per fare intendere al paziente che egli è affetto da malattia gravissima e non da un semplice prolasso o edema dell'ugola!

Se ciò accadeva in tempi normali, accade ad ogni istante nella medicina e chirurgia di guerra! Molti sono i casi che mi hanno impressionato, ma di alcuni veramente tipici non voglio defraudare i lettori. Il compianto scrittore irredento Scipio Slataper, poi morto eroicamente sul campo, fu una prima volta ferito da una pallottola di *shrapnell* che giudiziosamente entrò sopra la fossa canina di un lato ed uscì dal punto simmetrico del lato opposto, attraversando il naso da parte a parte. La ferita fu con cura medicata, come se si trattasse di una lesione cutanea, senza preoccuparsi di quanto doveva fatalmente avvenire nelle fosse nasali, le quali alla guarigione del-

la ferita esterna erano occluse da sinechie neoformate, che si dovettero recidere nella nostra clinica.

Nel campo dell'otologia non vogliamo soffermarci sui molti errori veniali. Ma non si può perdonare che un soldato perchè affetto da un semplice tampone di cerume venga da prima tenuto in un ospedale territoriale dell'alta Italia e quindi inviato a Roma, come un soggetto degno di cure attente! È un bel *record* di spesa e di tempo: non tutti i giorni un ammasso ceruminoso costa tanto denaro allo Stato! Anche altre volte dei soldati con cerume auricolare, quasi fossero otitici cronici, giungono con il condotto uditivo esterno tamponato di garza medicata, sotto la quale non esiste che l'accumulo di secrezione ceruminosa.

D'altro canto individui gravi, in cui era necessaria una pronta terapia precoce, furono trascurati e irreparabilmente perduti. Ecco un altro caso di cui posso testimoniare l'autenticità. Un giovane sottotenente del genio, dall'apparenza robusta e aitante, è in zona di guerra dall'inizio delle operazioni, addetto a lavori faticosi di fortificazione campale. Nell'autunno 1915 è preso da raucedine, qualche sbalzo febbrile, modica disfagia; il medico del suo corpo giudica trattarsi di angina e senza concedergli licenza o riposo, ordina aspirina e colluttorio di clorato di potassa. Il male non cede, si aggrava, ma l'ufficiale non è « riconosciuto » e deve continuare durante il rigidissimo inverno ad attendere ai suoi lavori di sterro, con la gola dolente, disfonico, disfagico, tossicoloso, febbricitante. A far breve il racconto solo nella primavera successiva, a circa sei mesi dall'inizio apparente del male, il povero giovane è inviato in congedo, con una forma gravissima di laringite ed epiglottite ulcerosa tubercolare, per la quale ai primi dell'estate, sebbene messo nelle condizioni climatiche migliori, egli è morto.

Un altro esempio nel dominio della laringologia: un soldato riporta una ferita trasfossa della laringe per colpo d'arma da fuoco; occorre la tracheotomia e quindi l'apertura della cavità laringea, per ovviare alla stenosi cronica irreparabile dell'organo. Nessuna decisione viene presa, ma il soldato, ferito sul Carso, è inviato in nove ospedali (persino in Sicilia), senza che nessun medico pensasse a un trattamento razionale. In fine viene ricoverato nella nostra Clinica, ove si sottopone alla laringostomia e alla dilatazione successiva della laringe.

Ora, ho citato alcuni casi non per fare una critica facile e crudele ai colleghi dediti alla medicina e chirurgia generale, non per addebitar loro delle fallacie di diagnosi, alle quali tutti andiamo soggetti. Qui non si tratta di diagnosi sbagliate, come ogni medico anche esperto e colto può commettere seguendo un suo giudizio logico, senza che nessuno sia in diritto di mostrarsene sorpreso poichè l'abbaglio è insito nell'arte nostra; ma della mancanza — e a ciò appunto dovrebbero provvedere i supremi moderatori degli studi in Italia — di qualsiasi criterio direttivo nel campo dell'oto-rino-laringoiatria, che per molti è un chiuso dominio, impenetrabile e oscuro.

Fouché disse a proposito dell'esecuzione del duca d'Enghien: *C'est plus qu'un crime, c'est une faute.* Io vorrei parafrasare il detto, rovesciandolo, affermando — limitandomi alla specialità di cui mi occupo, poichè non so se le altre siano più fortunate — che l'ignoranza dell'otologia porta più che ad errori, a delitti.

GUGLIELMO BILANCIONI.

ATTI PARLAMENTARI.

Criterî seguìti per l'assegnazione delle onorificenze ai ben meriti della salute pubblica.

L'on. Pansini si era rivolto al Ministro dell'Interno per sapere le ragioni per le quali venne trascurata una Società di pubblica assistenza (a Molfetta) nell'assegnazione delle medaglie e distinzioni ai benemeriti della salute pubblica per l'epidemia colerica del 1910. Il Ministro, traendone occasione dal caso speciale, ha esposto alcuni criterî generali seguìti dalla Commissione. Riportiamo larga parte della risposta:

« Le distinzioni onorifiche ai benemeriti della salute pubblica istituite con i Regi decreti 28 agosto 1887, n. 3872 e 25 febbraio 1886, n. 3706, non hanno, per la lettera e per lo spirito delle disposizioni che le crearono e che ne disciplinano il conferimento, carattere commemorativo.

« Esse sono riservate a compensare coloro che, in occasione di qualche morbo epidemico pericoloso, si sieno, con l'opera loro personale, resi benemeriti della pubblica salute in modo eminente.

« E in base a tali criteri, per costante interpretazione data da molti anni alle norme precitate, esse sono considerate come conferibili soltanto a persone fisiche, a individui singoli; non a enti, società, uffici, amministrazioni, istituti o altri corpi morali e collettivi.

« Alla stregua di tali criteri sono state esaminate e giudicate, dalla Commissione centrale permanente incaricata dal Regio decreto 5 marzo 1914, n. 184, di valutare il merito delle azioni proposte per il conferimento di ricompense di tale natura, le segnalazioni, a suo tempo pervenute al Ministero, relative all'azione svolta, in occasione dell'epidemia colerica che colpì nel 1910 Molfetta, dai componenti della Associazione di P. A. di quella città ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6691) *Sessennii.* — Dott. abbonato 1062. — L'aumento sessennale di lire 70 fu assorbito nell'aumento di stipendio ottenuto nel 1911. Devesi intendere che in quell'epoca lo stipendio di lire 770 (cioè, 700+70) fu portato in blocco a lire 1800. L'autorità tutoria per semplice omissione avrà taciuto delle lire 70 rappresentanti il sessennio, perchè lo stipendio che Ella effettivamente in quel momento percepiva era di lire 770 e non di lire 700.

Il nuovo periodo sessennale è cominciato a decorrere dal 7 settembre 1911.

(6693) *Ufficiale medico. - Infortunii. - Compenso.* — Dott. S. C. da R. — L'ufficiale medico che presta servizio presso una officina militare dove lavorano operai borghesi, non ha diritto ad alcun pagamento in caso di infortunii sia in riguardo a militari sia in riguardo a borghesi, rientrando le eventuali prestazioni del genere nel normale esercizio delle proprie funzioni.

(6694) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. G. I. da T. — Date le condizioni da Lei esposte non pare dubbio che qualora fosse chiamata sotto le armi le competa l'esonero, giacchè in forza di recenti disposizioni sono esonerati tutti gli impiegati di pubbliche amministrazioni che dalle competenti autorità sieno riconosciuti indispensabili ed insostituibili. L'esonero viene concesso classe per classe di modo che il sanitario appartenente a classe più anziana dovrebbe far valere il proprio diritto sempre dopo di quello appartenente a classe più giovane, che sarebbe chiamato prima. Allo esposto competono assistenza medica e farmaceutica gratuita fino ai 9 anni ed anche dopo, qualora per condizioni economiche, fosse in nome proprio inscritto nell'elenco dei poveri.

(6695) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. E. P. da S. E. a M. — L'esonero ottenuto nel maggio scorso, in occasione della chiamata alle armi dei medici nati dal 1870 al 1875 vale anche pel caso che fosse eventualmente chiamata sotto le armi la intera classe 1873.

(6696) *Pensioni.* — Dott. R. P. U. S. — Avendo aderito alla Cassa nel 1903 e cioè anteriormente alla promulgazione della legge 2 dicembre 1909, n. 744, ha diritto al riconoscimento dei servizi prestati anteriormente al 1° gennaio 1899 per un periodo non superiore a 15 anni. Ella può, quindi, calcolare su 7 anni, quanti ne intercedono dal 1° gennaio 1892 al 1° gennaio 1899. Ciò posto, gli anni utili di pensione sarebbero solamente 21. Occorrendone invece 25, deve prestare altri 4 anni di servizio o, per meglio dire, altri quattro anni e mezzo. Al 1° gennaio 1922 conterà 25 anni di servizio e 58 anni di età. Otterrà in quell'epoca la pensione di lire 1164.75, compreso il contributo straordinario; a tale somma si dovrà aggiungere l'altra di lire 70.98 corrispondente al versamento volontario fatto dal 1910 al 1916. Per liquidare la pensione occorrerà inviare domanda all'ufficio sanitario della Provincia.

(6697) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. abbonato 7139. — È da ritenere che l'esonero ottenuto nel maggio scorso in occasione della chiamata alle armi dei medici nati negli anni dal 1870 al 1875 resti in vigore anche in seguito alla chiamata della intera classe 1874, giacchè questa non è che una maggiore estensione di una precedente identica chiamata, ristretta ad una sola classe di professionisti.

(6698) *Doveri professionali.* — Dottor abbonato n. 3865. — Se l'individuo cui è cenno paga tasse in codesto Comune ha diritto alla cura gratuita trattandosi di condotta piena. Ma può rifiutarsi di eseguire le iniezioni prescritte da altro sanitario quando, secondo la propria scienza e coscienza, le ritenga inutili o non confacenti al caso.

(6699) *Aumento di stipendio pel caro-viveri.* — Dott. abbonato 3453. — Ha diritto ad avere lo stipendio di lire 1620 perchè l'aumento di lire 120 annue è stato concesso indipendentemente da quello che Le fu accordato dalla autorità tutoria e che ora, per effetto del ricorso prodotto dal Comune, pende *sub judice* presso il Consiglio provinciale di sanità.

(6698) *Pensioni.* — Dott. R. B. da R. — Anche sotto le armi il medico condotto deve pagare il contributo Monte Pensioni perchè gli anni passati a servizio del R. Esercito sono valutati come utili agli effetti della pensione.

(6701) *Sostituzione del veterinario comunale. - Funzioni di ufficiale sanitario.* — Dott. M. A. da P. — Se il veterinario manca l'ufficiale sanitario deve sostituirlo gratuitamente: se invece, è assente o per licenza o per infermità, l'ufficiale sanitario che lo sostituisce nella visita delle carni da macello deve essere pagato dall'amministrazione municipale. Se compie le funzioni di medico condotto a scavalco in un Comune limitrofo ha diritto al compenso stabilito in bilancio per l'ufficiale sanitario, di cui fa le veci. Deve, però, premunirsi di un Decreto Prefettizio di incarico provvisorio durante l'assenza del medico condotto ed ufficiale sanitario titolare.

(6702) *Pensioni.* — Dott. P. C. da G. — Per ora nessuna disposizione esiste circa il computo della campagna di guerra agli effetti della pensione in riguardo agli impiegati comunali. Date le circostanze da Lei esposte riteniamo però ben difficile che quel servizio possa essere valutato per un intero anno agli effetti della pensione.

(6704) *Sessennii. - Decorrenza. - Computo.* — Dott. F. Z. da P. — Le leggi, e, come esse, i regolamenti ed i capitolati che formano egualmente legge fra le parti contraenti, non possono avere effetto retroattivo se non sia questo tassativamente indicato. Contro tale postulato legale si infrange qualsiasi giurisprudenza, giacchè questa non ha facoltà di variare la legge ma solamente di interpretarla o chiarirla. Poichè il capitolato, che introduce il diritto all'aumento sessennale data da solo quattro anni e poichè in esso non è, come Ella dice, indicato che gli effetti del diritto agli aumenti stessi viene protratto pei medici in carica

alla data della rispettiva assunzione in servizio, devesi intendere che ognuno acquisti il diritto in parola dalla data di approvazione del capitolato stesso da parte dell'autorità tutoria competente. Ella, quindi, potrà chiedere ed ottenere il primo aumento sessennale di qui ad altri due anni.

(6705) *Licenze brevi ed assenze dal Comune.* — Dott. M. B. da M. — Le licenze di 16 ore non sono per regola considerate come licenze, ma bensì come assenze temporanee per cui, in mancanza di tassative contrarie disposizioni del capitolato, occorre di volta in volta l'assenso del Sindaco, potendo esse, se con frequenza ed abituale periodicità ripetute, danneggiare il normale andamento del servizio.

(6706) *Cassa di previdenza di medici condotti. - Pagamento di contributo.* — Dott. S. M. da S. F. — Il medico incaricato di sostituire per tutta la durata della guerra il medico condotto titolare già chiamato sotto le armi non è tenuto a pagare il Monte pensioni del collega assente. Ella ha, quindi, diritto al rimborso della somma indebitamente pagata da parte dell'amministrazione municipale, che deve, per patto convenuto, corrisponderle l'intero integrale stipendio del medico condotto sotto le armi.

(6708) *Consorzio sanitario.* — Dott. G. P. da G. — Ripeta il quesito proposto aggiungendo la circostanza messa in rilievo nel presente, circa la data di decorrenza del consorzio sanitario. Avendo già risposto al precedente quesito, studieremo se l'accennato nuovo estremo di fatto possa modificare il nostro già espresso convincimento e non mancheremo di farle conoscere se e quale differente risposta possa esserle data.

(6709) *Militari in licenza invernale. - Cura.* — Dott. V. R. da A. M. — I soldati in licenza invernale che durante la licenza stessa presso le proprie famiglie si ammalano, se erano da borghesi inscritti nell'elenco dei poveri, hanno diritto all'assistenza medico-chirurgica gratuita. Anche se non inscritti nell'elenco dei poveri, sono esenti da pagamento quei certicati che il medico condotto rilascia a loro riguardo in seguito a richiesta dell'Arma dei RR. CC.

(6710) *Rientro nella propria sede di medico condotto mobilitato.* — Dott. G. N. da C. di C. — Il medico condotto, non dichiarato inabile alle fatiche di guerra non può rientrare nel proprio Comune anche se il Sindaco ne dichiari la indispensabilità e la insostituibilità. Facciamo notare che questo ultimo requisito è distrutto dal fatto, che il medico attualmente manca effettivamente, perchè sotto le armi.

(6711) *Compensi straordinarii al medico condotto in casi di epidemie.* — Dott. G. B. da S. A. in G. — Nessuna legge o regolamento vigente stabilisce speciali compensi a favore del medico condotto che ha prestato lodevolmente la propria opera in occasione di epidemie sviluppate nel proprio paese. A suo tempo avrebbe potuto chiedere bonariamente al Comune una qualche speciale gratificazione, ma ora ci sembra troppo tardi per farlo; anche perchè è da supporre che sieno andate perdute le prove e la documentazione delle maggiori e gravose prestazioni eseguite. Non consiglieremmo, poi, iniziare al riguardo azione giudiziaria di sorta.

(6712) *Pagamento di stipendii arretrati.* — Dott. D. M. da N. T. — A suo tempo pubblicheremo il regolamento per le pensioni ed il Decreto relativo al pagamento degli stipendii arretrati ai medici condotti, di cui presentemente si ignora il contenuto. Nel caso suo La consiglieremmo a farsi rilasciare dalla G. P. A. tutti i mandati di ufficio per i mesi di stipendio che ancora deve riscuotere. Li presenti all'esattore e si faccia rilasciare dichiarazione contenente le ragioni di rifiuto al pagamento. A seguito di che, promuova azione di pegnoramento delle rendite patrimoniali del Comune, che, come Ella dice, trovasi in buone condizioni economiche.

(6713) *Rilascio di certificati a cura piena.* — Dott. G. G. da P. — Il medico condotto a cura piena è obbligato a rilasciare gratuitamente tutti i certificati che gli si richiedono essendo egli tenuto alla assistenza sanitaria, oltre che alla cura medico-chirurgica.

(6714) *Trasferimenti di medici condotti.* — Dott. F. B. da B. — Ella ha pur troppo ragione. Di fronte però al capitolato che non dà alcuna garenzia di stabilità al condottato e di fronte alla libertà lasciata all'amministrazione di muovere a suo beneplacito i medici condotti da un punto ad un altro del Comune con evidente danno materiale e morale del professionista, non si può a meno di obbedire agli ordini dell'autorità comunale. Qualora avesse la cortesia di mandarci in comunicazione copia del capitolato in vigore, ben volentieri lo studieremo per vedere se in esso possa trovarsi modo di porre un freno alla troppo frequente successione di traslochi.

(6715) *Dispensa dalla chiamata alle armi.* — Dott. A. P. da S. M. di C. — L'esonero ottenuto come medico condotto unico in occasione della chiamata alle armi dei medici nati dall'anno 1870 al 1875 mantiene il suo valore anche nel caso che venisse esteso l'obbligo del servizio militare a tutti i cittadini nati negli anni predetti.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare.

Al dott. A. C., Albania:

Non vi è nessun decreto che ordini l'avvicendamento. Il Ministero cerca bensì di avvicendare gradualmente i più anziani ed a tale scopo sono stati mobilitati tutti i medici delle classi '84 e più giovani, ma prima di raggiungere il completo avvicendamento di tutto il corpo sanitario ci vorrà ancora del tempo, ed i più giovani saranno avvicendati per ultimi. Non vi è poi nessuna indennità speciale per gli ammogliati.

Al dott. A. S., da P.:

La circolare n. 481 del G. M. 1916 esclude chiaramente i riformati che assunsero servizio volontariamente dal beneficio dell'indennità.

Al dott. G. B., da R.:

Allorchè il collega venisse chiamato alle armi, verrà visitato da apposita commissione a Firenze, presso la Scuola di Applicazione di Sanità militare. Colà il grado delle sue infermità sarà vagliato e se del caso, egli verrà destinato a servizi di seconda linea o territoriali.

All'abbonato n. 6832:

L'essere stato già nominato capitano precedentemente non implica che ora i titoli del collega debbano subire un nuovo esame in base all'ultima circolare n. 734, sul G. M. 1916.

Egli non deve poi attendere la chiamata della classe, ma rispondere subito alla chiamata del Distretto, essendo i medici dal '70 al '75 precettati tutti.

Al dott. B. A., di S. R.:

Gli ufficiali della Croce Rossa che prestano servizio con l'Esercito hanno le norme di promozione dei loro colleghi della Sanità. Per ora i tenenti medici effettivi sono stati promossi a tutto il gennaio 1915.

Circa il poter essere nominato capitano per titoli scientifici, dovrà farne domanda a mente della circolare n. 734, G. M. 1916.

Al dott. R. M., abbon. n. 1159:

Non può essere nominato ufficiale dell'Esercito fino a che ha obblighi con la Croce Rossa.

Al dott. G. Z., Albania:

Il collega sarà promosso insieme agli effettivi di pari anzianità. Per ora i tenenti effettivi sono stati promossi capitani con anzianità dal gennaio 1915.

Non dovrà poi fare alcuna domanda, poichè quando ne sarà venuto il momento, l'autorità da cui dipende lo proporrà all'avanzamento.

Circa le indennità non percepite potrà reclamarle dal Corpo presso cui prestò servizio.

Al dott. F. V., di A.:

Occorre il certificato del Sindaco o del Prefetto.

Al dott. C. M., di L.:

Ha diritto all'indennità se aveva volontariamente rinunziato al grado di ufficiale.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

PADOVA. — La Facoltà Medica ha proposto ad unanimità che l'incarico dell'insegnamento di clinica medica venga affidato al prof. Luigi Lucatello. Facciamo i nostri cordiali rallegramenti alla Facoltà per la felice scelta ed all'insigne patologo per l'alta prova di estimazione.

Al concorso Cagnola sul tema: «Una scoperta ben provata nella cura della pellagra» fu conferito un assegno di incoraggiamento di L. 1000 all'unico concorrente prof. dott. Pietro Rondoni dell'Istituto di studi superiori di Firenze, per le sue pubblicazioni.

NOTIZIE DIVERSE.

XXV Congresso Italiano di chirurgia.

Il Comitato esecutivo della Società Italiana di Chirurgia ha deliberato di convocare, come abbiamo già annunziato nel fascicolo 4, il XXV Congresso della Società pel 4-5-6 di marzo, scegliendo come sede Bologna, perchè meno lontana dal fronte. Ha ritenuto doversi dare l'assoluta preferenza alla trattazione di argomenti di Chirurgia di guerra; e — per il diretto interessamento del proprio presidente, senatore Durante — ha ottenuto da S. E. il ministro della guerra l'autorizzazione all'intervento al Congresso degli ufficiali medici superiori e capi-reparti degli ospedali territoriali, e l'assicurazione del suo appoggio perchè possano intervenire al Congresso anche i medici militari della zona di guerra.

Il Comitato organizzatore del Congresso in Bologna è presieduto dai proffessori Ruggi, Paggi e Putti; ha già inviato ai soci l'invito seguente:

Egregio collega,

Facendo seguito alla precedente circolare inviata dal Comitato esecutivo, residente in Roma, questo Comitato ordinatore del XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia che avrà luogo in Bologna il 4-5-6 marzo p. v., convinto doversi a preferenza favorire la trattazione degli argomenti di chirurgia di guerra che sono più comuni e alla portata di tutti, ha deliberato di modificare l'ordine di trattazione fissato dal Comitato esecutivo. Gli argomenti di comunicazione saranno dunque i seguenti:

1. Ferite con lesioni delle ossa e delle articolazioni; 2. Ferite con lesioni dei vasi, nervi, midollo spinale; 3. Ferite del capo; 4. Ferite del torace; 5. Ferite dell'addome; 6. Argomenti diversi.

Nella fiducia che Ella voglia prendere parte ai lavori del Congresso, questo Comitato ordinatore La prega vivamente di inviare alla Segreteria *subito* il titolo ed un sunto delle sue comunicazioni.

Il Comitato ordinatore ricorda ai soci che ogni congressista può inscrivere non più di due argomenti di comunicazioni con relative dimostrazioni (1).

Nella sala delle adunanze si troverà un apparecchio di proiezione (2).

(1) Art. XVI del Regolamento. — Le comunicazioni da pubblicarsi nell'Archivio non devono sorpassare un foglio di stampa (16 pag.). Il Comitato ha facoltà di estendere questo limite, come anche di ridurre qualsiasi comunicazione, previo accordo coll'autore. Le spese di pubblicazione per l'eccedenza sulle prime 16 pag. di stampa (che in nessun caso potrà superare un altro foglio) saranno sostenute dall'autore.

(2) Dimensione delle diapositive mm. 81 per mm. 81.

Indirizzare la corrispondenza alla Segreteria del Comitato ordinatore del XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia: «R. Istituto Chirurgico, Policlinico S. Orsola, Bologna».

Nella prima seduta dell'adunanza potrà essere fatta la proposta di nuovi soci.

Con perfetta osservanza

Il Comitato ordinatore: *Presidente*: Prof. G. RUGGI — *Vice-Presidente*: Prof. A. POGGI, Prof. A. PUTTI — *Segretarî*: Prof. G. ROCCHI, Prof. F. DELITALIA — *Economo*: Dott. Q. GALLI.

Commemorazione del sen. De Giovanni.

È stata tenuta una solenne commemorazione dell'illustre estinto in seno alla R. Accademia di Scienze, Lettere ed Arti di Padova, il giorno 14 gennaio. Pronunziò il discorso commemorativo il prof. Achille Breda.

Il sen. De Giovanni è stato anche degnamente commemorato in una seduta della Facoltà medica di Padova, che nella stessa seduta ha provveduto a designare come successore il prof. Lucatello.

Esenzione dai diritti di guerra per gli istituti di beneficenza.

Un D. L. dispone l'esenzione dal diritto di guerra delle riscossioni di affitti, istituita con allegato G al D. L. 9 novembre 1916, n. 1525, a favore degli Istituti di pubblica beneficenza contemplati dalla legge 17 luglio 1890 n. 6973 pei fabbricati di loro proprietà.

L'Ospedale oftalmico provinciale di Roma.

Dalla relazione del direttore on. prof. Mariano Scellingo, per l'esercizio dell'anno 1915, si apprende che il numero dei malati d'occhi, ricoverati nell'ospedale, fu di 500, e di quelli curati all'ambulatorio fu di 3721: in totale 4221. Vennero eseguite 364 operazioni delle quali 117 per estrazioni di cataratta.

In 20 anni di esercizio furono curati nell'ambulatorio 38.164 malati di occhi e ne furono ricoverati 8195: in tutto 46.359.

Una nuova cattedra al Collegio di Francia.

In seguito a deliberazione del Consiglio Municipale di Parigi e del Consiglio Generale della Senna, che hanno votato i fondi necessari, un decreto presidenziale crea la cattedra di «Previdenza ed assistenza sociale» al Collegio di Francia.

Il titolare percepirà l'onorario di 12000 franchi all'anno.

Il corso verterà in gran parte sulle assicurazioni contro le malattie, l'invalidità e la vecchiaia, sull'infortunistica, sull'assistenza all'infanzia.

PAUL REDARD

Nel turbinio della guerra è passata inosservata presso di noi la morte di Paul Redard, che pure amò tanto l'Italia e fu amico nel senso vero degli specialisti italiani in ortopedia.

La sua morte si collega alle azioni di guerra perchè Egli è morto in 5 giorni di polmonite nella esauriente attività con la quale aveva organizzato più di 15 ospedali militari nella sua regione, con importanti servizi di ortopedia ed elettroterapia.

Il nome di P. Redard, tanto ripetuto nei trattati e pubblicazioni della specialità, ricorda i primi autorevoli sforzi della autonomia della ortopedia dalla chirurgia generica. Come si avvera nelle nuove istituzioni Egli non fu soltanto un appassionato cultore di tale branca, ma fu anche un intelligente propagandista ed un fondatore di opere dirette alla attuazione dei nuovi mezzi speciali, quali, per esempio, il *Dispensario Furtado Heine* in Parigi, dove dal 1884 Egli praticò consultazioni ed operazioni ortopediche in ben 214.977 casi, secondo una statistica di 15 anni.

Nelle visite scambiateci a Parigi ed a Napoli, come dalla affettuosa nostra corrispondenza, si confermava sempre appassionato cultore dell'estetica arte nostra, pur non avendo potuto, per la sua età e per l'ambiente scientifico che troppo tardi in Francia ha riconosciuto i canoni moderni della ortopedia attraverso le fondamentali leggi di J. Wolff, distaccarsi dal concetto diagnostico e curativo sulle deformità ancora ispirato dalla chirurgia generica, salvo tecniche ed apparecchi speciali, molti dovuti alla sua invenzione.

Per tali apparecchi sopratutto, il nome di Redard resterà nella letteratura ortopedica, ed i suoi libri: *Du torticolis et de son traitement; Traité pratique des déviations de la colonne vertébrale* (456 pag.); *Atlas de radiographie* (118 pag.); *Précis de technique orthopédique* (590 pag.); *Gymnastique orthopédique,* rappresenteranno sempre una fonte importante per lo studio della specialità.

Svolse anche molta lodevole attività in importanti incarichi, specialmente sulle Ferrovie dello Stato, che gli fruttarono amicizie ed onorificenze. Io ricordo le belle serate passate insieme all'*Opéra*, di cui Egli era medico capo, e di cui faceva gli onori di casa agli amici mostrandosi felice di tutte le dimostrazioni di simpatia che riceveva da quel vasto centro intellettuale e mondano.

E ricordo le sue gite fugaci qui da noi. Egli discendeva in Italia come lo studioso discende in giardino a riposarsi al sole caldo e tra' fiori senza interrompere pertanto il corso dei suoi pensieri. Da questa terra cara al suo riposo giunga al suo riposo eterno un memore saluto ed un sincero rimpianto.

Napoli, gennaio 1917.

Prof. ATTILIO CURCIO.

Rassegna della stampa medica.

Boll. d. Mal. dell'Orecchio ecc., sett. CIAMPOLINI: Otopatie nel personale di macchina delle linee ferroviarie di montagna.

Cronaca della Clin. Med. di Genova, 31 ott. MARAGLIANO V.: I raggi Roentgen nella traumatologia di guerra.

Rivista Ospedal., 1 nov. GROLLO, FERRETTI: Meningiti. EGIDI: Irrigazioni antisettiche nelle ferite di guerra.

Bull. de l'Ac. de Méd., 7 nov. CHAUFFARD: Spirochetosi ittero-emorragica (discuss.).

Lo Speriment., NERI: Ricerche sperimentali sulla vaccinazione antitifica e anticolerica. AZZI: Flora batterica intestinale.

Il Morgagni (Arch.), 31 ott. CARRARO: Il bacillo di Koch nell'urina. FRANCHETTI: Appunti sul colera.

La Presse Méd., 16 nov. SANARELLI: La patogenesi del colera.

Paris Méd., 18 nov. CATTIER: Trattamento delle fratture.

La Rif. Med., 16 nov. FICHERA e FERRANNINI: Azioni delle tossine della fatica.

Giorn. di Med. Milit., 30 sett. PIERUCCI: Nuovo apparecchio ad estensione per fratture dell'omero. PATELLANI e COLOMBINO: Batterioterapia lattica delle ferite di guerra.

Bull. de l'Ac. de Méd., 31 ott. LOCHELONGUE e DURARD: Disinfezione delle mani.

Medical Record, 28 ott. STOLL: L'ipertensione arteriosa.

The Boston Med. a. Surg. Journal, 9 nov. RUSTMORE: Trattamento delle doglie deboli del travaglio.

The Journal Am. Med. Ass., 4 nov. ABT e LEVINSON: La corea. CHAPIN e PEASE: Acidosi d'origine gastro-intestinale.

The British Med. Journal, 18 nov.: Numero sulla meningite cerebro-spinale.

The Lancet, 18 nov. LUMSDEN: Psicologia della simulazione.

The Amer. Journal of the Med. Sc., nov. LONGCOPE: Suscettibilità dell'uomo alle proteine estranee. HOWARD: Ferite del torace. MOSCHCOWITZ: Emorragia massiva dello stomaco senza ulcera dimostrabile. SATTERLEE: La stasi intestinale cronica.

Archives of Rad. a. Electrother., nov. GEORGE: Radiografia cranica. GAMLEN: Localizzazione di corpi estranei.

La Presse Méd., 20 nov. ROGER: Lo choc nervoso. PAUCHET: Trattamento dei corpi estranei del polmone.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 23 nov. PARI: Accessi sudorali della meningite della base.

Paris Méd., 25 nov. GRÉGOIRE: Fratture della diafisi omerale. MORICHAU-BEAUCHANT: Febbre delle trincee.

Le Bull. Méd., 25 nov. CLÉMENT: Emostasi provvisoria.

Arch. d. Farmac. e Sc. Aff., 1 e 15 dic. MAESTRINI: Enzimi del crasso. LUCHERINI: Gas asfissianti.

Pathologica, 15 nov. SEGALE: Sull'azione del saccarosio a dose tossica.

La Prensa Méd. Argentina, 20 ott. BARBARO: Etiologia, patogenesi e fisiologia patologica dell'asma.

Bull. Johns Hopkins Hosp., nov. KING: Prognosi della tubercolosi. HEUER e DANDY: Localizzazione roentgenografica dei tumori cerebrali. CERSTER: Che cos'era il «sudor anglicus» o malattia sudorale?

La Riforma Med., 27 nov. MASSALONGO: Polinevrite acuta a forma beriberica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 11 febbraio 1917* Fasc. 7.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. BASTIANELLI.

Osservazioni sulle ferite addominali curate nella terza ambulanza chirurgica. (1)

La terza ambulanza fu attiva in due località dell'atipiano per 47 giorni (dal giugno fino al 12 agosto), poi al basso Isonzo dal 18 agosto a fine novembre.

In questo periodo ricoverò 277 soldati con ferite all'addome, delle quali 54 non erano penetranti: di questi 2 morirono per infezione della parete già avanzata al momento del loro arrivo all'ambulanza.

Erano ferite penetranti nell'addome non di rado alcune con foro d'ingresso nella coscia, negli spazi intercostali più alti, e nella natica.

Mancando la ferita d'egresso, e sintomi clinici, la radioscopia ha permesso una pronta diagnosi. Ad essa dobbiamo di aver potuto intervenire o no in casi di difficile diagnosi, per es., in ferite piccolissime da frammenti assai minuti di bomba a mano.

Per il giudizio successivo di lesione viscerale occorre una *diagnosi topografica* quanto è più possibile esatta. Perciò si disegna il tragitto del proiettile sopra schemi del corpo espressamente fatti e di proporzioni esatte, sicchè i punti di ritrovo e le distanze siano sicuri. Se si riporta il percorso così disegnato sopra tavole anatomiche rappresentanti sezioni seriali sagittali e orizzontali del tronco, si ha un guida molto più sicura che non possa essere un apprezzamento basato su ricordi anatomici. Naturalmente, in qualsiasi modo si faccia una tale diagnosi, si potranno commettere errori, sia per possibili deviazioni del proiettile, sia per modificazioni del decorso date dall'atteggiamento del corpo, sia per spostamenti, anormalità di visceri, stato di ripienezza o no, sia perchè il proiettile può attraversare l'addome senza ferire alcun viscere, però tali errori sono meno frequenti di quello che si potrebbe supporre.

La *diagnosi clinica* di lesione viscerale si basa sui sintomi di complicazioni che seguono a tale lesione, e perciò quando le complicazioni

(1) Da una Comunicazione alla R. Accademia di Medicina, seduta del 17 dicembre 1916.

ancora non si sono svolte, la sintomatologia subiettiva ed obiettiva può essere talmente scarsa e incompleta da trarre in inganno. Quindi se la laparotomia non è comandata da segni imperativi quali quelli di anemia e di infezione peritoneale, lo è sempre da una diagnosi topografica che parli per la possibilità di una lesione intestinale. D'altra parte la diagnosi topografica sola è quella che ci permette di evitare esplorazioni non necessarie, anche di ferite penetranti, come per es., in molte lesioni di visceri solidi.

Sopra 223 ferite con penetrazione, vedemmo guarire tra i non operati solo quelli che avevano lesione di visceri solidi, perciò dobbiamo affermare che la guarigione spontanea di ferite intestinali è a noi ignota. Invece abbiamo veduto più volte morire individui con una o più ferite del tenue minutissime.

Dei 277 feriti operati e non operati guarirono 128 (46,27 %).

Dei 223 penetranti operati e non operati guarirono 76 (34 %).

Di essi furono operati 140 con 61 guariti, cioè 43,5 %, *fra i quali* 12 *non avevano alcuna lesione viscerale, sebbene talora la ferita fosse trasfossa!*

Non furono operati 83 e di essi guarirono 15 (19 %). Di questi nessuno aveva lesione del tratto gastro-intestinale, e 3 nessuna lesione viscerale, poichè il proiettile fu visto libero nel ventre e mancava qualsiasi sintomo addominale.

Gli operati per lesione viscerale furono 128, con 50 guariti (39 %).

Degli 80 non operati guarirono 12 (15 %), e di essi già dicemmo che non avvevano se non lesioni di visceri solidi, per quanto fu possibile stabilirlo colla diagnosi topografica.

Le lesioni del tratto gastro-intestinale operate furono 108 con 36 guariti (32,4 %) e le ferite di altri visceri operati furono 20 con 14 guariti (70 %). Esse comprendono il fegato, il rene, la milza, la vescica.

Occorrerebbe dividere i casi in tanti gruppi corrispondenti alle varie porzioni del tratto gastro-intestinale e agli altri visceri, ma ogni gruppo risulterebbe di troppo poche osservazioni per trarne deduzioni statistiche.

Neanche con gruppi numerosi sarebbe facile farsi un'idea della gravità delle lesioni di una porzione dell'intestino o di un viscere, perchè nella maggioranza si hanno lesioni di più porzioni dell'intestino e anche di più visceri nello stesso individuo, e non di rado ferite di altre parti del corpo, arti, testa e torace, sicchè la complessità e la gravità ne risultano aumentate straordinariamente.

Questi feriti hanno dato finora risultati scoraggianti, tanto da farci concludere che per essi nelle condizioni attuali di tempo, il soccorso chirurgico è quasi sempre inutile; e a seconda dell'avvicendarsi di simili feriti o di altri meno gravi la percentuale del successo può notevolmente variare. Così noi in una prima serie, fino al 1° ottobre, di 137 addominali avemmo 72 guariti (52 %), e su 50 operati per lesioni gastro-intestinali avemmo 20 guariti (40 per cento), il che insegna anche a tenere in conto più riservato le piccole cifre.

Un intervento anche tardivo ci ha dato qualche buon risultato.

Però siamo convinti che per molte ferite *esiste un limite di tempo brevissimo* dopo il quale l'infezione è irreparabile, e senza voler pretendere di dare limiti di tempo precisi, poichè la questione è complessa e non studiata scientificamente, credo che in molti casi tale limite sia anche più breve di un'ora. Perciò la rapidità del soccorso permetterebbe di operare feriti che più tardi sono irreparabilmente perduti. È necessario quindi perfezionare ancora il soccorso chirurgico d'urgenza creando posti laparotomici avanzati, presso la linea di combattimento e in condizioni di sicurezza per i feriti e per i chirurgi.

Le complicazioni postoperatorie che turbarono non poco i risultati meriterebbero una dettagliata esposizione. Mi limito ad accennare alle complicazioni settiche delle ferite parietali sia prodotte dal proiettile che dal chirurgo, nè so che sia stato studiato un modo di evitarle o di attenuarle. La sutura incompleta, il tamponamento della ferita non sempre furono sufficienti ad evitarle. Abbiamo anche limitato le incisioni, salvo necessità, alla linea mediana e pararettale a fine di evitare ferite muscolari complesse nelle quali si svolgono più facilmente infezioni necrotizzanti e gassose, abbiamo cercato di proteggere la ferita laparotomica e di disinfettarla quasi in modo continuo durante l'operazione con liquido Dakin o Giannettasio, con risultati non sicuri. Perciò crediamo che l'infezione della parete non sia solo da inoculazione durante la operazione ma anche dopo, per invasione microbica che dal peritoneo passa attraverso la sutura della sierosa. Così pure resta a studiare l'infezione peritoneale e il modo di arrestarla.

Essa è presente in vario grado già poco dopo il trauma, e dal suo progredire o no dipende la sorte del ferito. L'opera meccanica del chi-

rurgo previene solo un ulteriore versamento di materiale infettante e tossico, ma nulla può contro quello che è già avvenuto.

Di rado abbiamo compiuto lavande peritoneali, più spesso drenaggio o tamponamento senza trarne vantaggi decisivi.

Seguono le risposte fatte nella discussione.

Al prof. Rossoni: le autopsie furono fatte nei limiti del possibile, e perciò mai sull'altipiano, e nelle altre località sempre subordinatamente al lavoro.

I prof. Rossoni e Galli hanno rilevato il forte numero dei non operati. Osservo che fatta la proporzione si ha lo stesso numero di non operati tanto nella seconda che nella terza Ambulanza, cioè 41 su 103 nella prima, e 80 su 208 nell'altra. Ciò vuol dire che il fatto è in rapporto con qualche cosa di superiore ad un'impressione.

Il giudizio reciso da essi pronunciato che i chirurgi elevino a principio un'impressione, deve essere ribattuto, tanto più vigorosamente in quanto implica un'accusa grave.

Spero che non parleranno più d'impressione quando avrò detto che i feriti non solo sono sùbito accuratamente visitati e studiati secondo uno schema prestabilito, ma che se si decide di non operarli sùbito o di non operarli sono messi in letto, riscaldati, e curati con iniezioni, infusioni e con tutti quei mezzi che si credono adatti a migliorare il loro stato, e che sono riveduti, e seguìti anche per ore di continuo, se il lavoro lo permette, sia di notte che di giorno, per spiare un miglioramento che autorizzi all'intervento.

Quando si giudicò trattarsi di grave stato per anemia l'operazione non fu mai differita, e molte volte eseguita coll'artifizio del rialzare la pressione del sangue mediante infusioni sottocutante o endovenose, purtroppo con cattivi risultati.

Inoltre devono considerare che su 80 non operati, 12 guarirono e per essi l'intervento fu escluso colla diagnosi topografica, che parlava per lesione di visceri solidi. Dei 68 rimanenti parecchi giunsero morti o moribondi, molti morirono nelle prime 2-6-12 ore. Altri avevano altre gravissime ferite, per es., del midollo spinale, di ambedue i femori, ecc., altri arrivati in grave shock, si riebbero solo così tardi che già la sepsi era troppo progredita, altri arrivarono tardi e in condizione d'infezione avanzata, e tutti sanno che queste infezioni sono rapidamente diffuse, con poco o punto pus, sicchè non è il caso di fare confronti. Questa forma di sespsi peritoneale non fu mai guarita dal chirurgo.

Ammetto volentieri che abbiamo potuto errare per inesperienza, ma non per aver elevato a principio un'impressione.

Al generale Ferrero di Cavallerleone.

La questione che egli pone è la più importante perchè risuscita una discussione che a noi sembrava già decisa, quella dell'intervento o dell'astensione.

Come Alessandri, così noi avemmo il 100 % di morti per lesioni intestinali non operate. Sarebbe strano che se fosse esatto che il 35 % delle ferite penetranti guarisce spontaneamente, a noi non dovesse capitare di vedere una sola guarigione tra 68 non operati aventi lesioni intestinali. Probabilmente la contraddizione sparisce ammettendo che tra i feriti con penetrazione molti non hanno lesioni viscerali: 15 su 223 dei nostri così erano. Molti hanno lesioni di visceri solidi e che guariscono spontaneamente, molti sono giudicati penetranti e non lo sono. Queste tre categorie messe insieme dànno un rilevante numero di guarigioni.

Ora il signor generale domanda di sommare tutti i feriti e di dare su di essi e non solo sugli operati la percentuale. Ebbene, in tal caso noi abbiamo sul totale dei 277 operati e non operati il 46,27 % di guarigioni. Ma se prendiamo i soli feriti penetranti operati e non operati abbiamo il 34 %, mentre su tutti i penetranti operati si ebbe il 43,5 %. Questa nostra percentuale del 34 % di guariti su tutti i feriti penetranti operati o no sembrerà paradossale di fronte al 35 % della statistica astensionista citata dal signor generale, se si ammette come noi ammettiamo che i feriti intestinali muoiono salvo eccezioni, e se si pensa che di questi ne abbiamo salvato più del 32 %. Ma una semplice spiegazione deve essere almeno in parte nel fatto che sui 277 feriti addominali solo 54 erano parietali. Vuol dire che all'Ambulanza furono mandati solo in piccolo numero i feriti parietali forse perchè si ebbe il sospetto di penetrazione e il maggior numero con ferite sicuramente non penetranti non furono inviati per ovvie ragioni. È noto che le ferite non penetranti superano in numero quelle penetranti, sicchè nella nostra statistica manca un gran numero di feriti che avrebbero essenzialmente cambiata la percentuale globale.

Ma tutte queste esegesi di statistiche vanno accettate con circospezione.

Molto meglio mi sembra risolvere la questione ponendo un principio: se una ferita dell'intestino aperta liberamente nel ventre può o no

guarire spontaneamente, e se fosse accettato nel senso che noi crediamo vero, cioè che la guarigione spontanea non può essere che eccezionale, sarebbe vano tentare di risolverla colla statistica fatta su casi per molte ragioni incompletamente osservati.

Roma, 17 dicembre 1916.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sul problema della valutazione dell'ipoacusia.

Prof. TOMMASO MANCIOLI
Maggiore medico di complemento.

(*Nota preventiva*)

« Provare che un individuo non è sordo è un problema medico ancora molto delicato... » scriveva il Gellè molti anni or sono: da quell'epoca i metodi per svelare le *simulazioni* di sordità si sono moltiplicati in modo che il problema è più facile, ma resta sempre di grandissima difficoltà l'accertare e il valutare le *esagerazioni* della ipoacusia.

Esagerare non è difficile per l'esaminato mentre è arduo il calcolare quale grado d'udito rimanga come residuo di lesioni pregresse o ancora in atto.

Per risolvere questi problemi applico da qualche tempo, oltre le norme ben note agli otologi, il sistema chimografico prendendo i tracciati dei movimenti respiratori del torace e dell'addome dell'esaminato, mentre con uno speciale dispositivo faccio emettere un suono (corrispondente a nota alta o media o bassa) presso l'orecchio da esaminarsi.

L'emissione del suono avviene in modo che il paziente non può averne conoscenza che per il tramite dell'organo acustico in esame, e la durata dell'emissione viene registrata nella stessa carta del chimografo.

Accadrà che se il paziente *non avrà* sentito assolutamente nulla, le linee chimografiche non presenteranno alcuna alterazione in corrispondenza della durata dei suoni emessi; se invece avrà *sentito*, si avranno delle modificazioni nelle curve respiratorie in corrispondenza delle linee che indicano la durata di quel suono che fu percepito.

Il confronto fra il reperto chimografico e le risposte dell'esaminato ci darà anche largo e sicuro elemento del suo grado di sincerità.

Questo elemento di osservazione è completamente obiettivo essendo basato sullo studio, iniziato e riferito con nota preventiva da Gradenigo e Ponzo nel 1915, dell'influenza di sensazioni acustiche improvvise nel ritmo respiratorio: la reazione è molto variabile, in alcuni casi appena accennata, in altri brillante.

L'esperienza di numerose osservazioni fin qui praticate mi consiglia di proporre fin d'ora tale mezzo obiettivo di controllo tra quelli che cercano di risolvere il difficile problema della valutazione della ipoacusia specialmente in rapporto col servizio militare.

Roma, gennaio 1917.

OSPEDALE MILITARE DI MANTOVA.

Il catrame nella chirurgia Minore.

(*Nota preventiva*).

L'impiego del catrame vegetale sia nelle varie forme di congelazione quanto nelle ferite torpide, atoniche e saniose, ha dato al Cap. Med. Dott. Cesare Rabbi, che primo lo sperimentava in questo Ospedale militare, risultati così sorprendenti ed incoraggianti da meritare d'essere pubblicamente segnalati onde facilitare la diffusione di un metodo pratico, efficace, di cui si sentiva, specie in quest'ora incalzante, grandemente la mancanza.

Infatti all'abuso che si faceva prima degli antisettici che minoravano i poteri biologici della cellula è subentrato ora il concetto razionale e direi quasi aristocratico, dell'asepsi che, rispettando la scarsa vitalità di elementi spesso maltrattati, lascia però troppo facilmente il campo esposto ad eventuali infezioni; il metodo preconizzato dal dr. Rabbi invece accoppierebbe ai vantaggi dell'asepsi quelli dell'antisepsi senza che di questa si abbiano a lamentare i dannosi effetti. Allo stato delle nozioni che attualmente possediamo apparirà questa un'affermazione ardita ed a chi, riferendosi alla composizione chimica del catrame, volesse *a priori* obbiettarci esservi una reale contraddizione in termini, noi invero teoricamente non sapremmo che cosa opporre, ma praticamente potremmo rispondere vittoriosamente coi successi ottenuti, successi controllati negli altri Reparti Chirurgici di questo stesso Ospedale e di cui si è occupato in una Relazione ufficiale il signor Direttore dell'Ospedale Colonnello Cabibbe.

Di fronte a questa contraddizione se noi ci sforziamo di pervenire ad un'interpretazione che, secondo ragione, risponda alla realtà dei fatti, saremmo indotti a ritenere che il catrame vegetale o di Norvegia altro non sia che una fortunata miscela naturale di sostanze antisettiche e cheratoplastiche in cui quest'ultime

prevalgono opponendosi al potere cheratolitico delle prime; ed a questa convinzione ci induce anche il fatto che da tempo è noto in terapia questo medicamento non solo per il suo potere antisettico e parassiticida ma anche come stimolante e risolvente, e che in dermatologia viene usato in certe forme croniche (eczema cronico, psoriasi, impetigine, ecc.), dove appunto esplica azione cheratoplastica.

D'altra parte trascurando, almeno per ora, ogni indagine intorno al meccanismo d'azione di questo medicamento (e quante sostanze non sono entrate in terapia di cui ancora non si conosce il modo d'agire?) e perchè chiunque voglia, possa arrendersi alla realtà dei fatti, dirò brevemente del metodo del Rabbi e dei risultati finora ottenuti in questo Ospedale militare. Il catrame che viene adoperato in quest'ospedale è il comune catrame vegetale del commercio, e si usa in natura, riscaldandolo appena, quando occorra ottenere un certo grado di fluidità. Si spalma con esso generosamente la parte ammalata non preoccupandosi della cute sana circostante, poi si ricopre con garza e si fascia; diversamente si può anche distendere, con una certa larghezza, il catrame su garza idrofila applicando poi questa sulla parte che si deve medicare indi si sovrappone ad essa una falda di cotone e poi si fascia. A seconda dei casi siffatte medicazioni si ripetono quotidianamente od a giorni alterni; — sempre in capo a poche medicature si osservano miglioramenti insperati, sorprendenti: sovente si nota l'avvenuta guarigione. Dette medicazioni si praticano indifferentemente in congelati di 1°, 2° e 3° grado come nelle piaghe torpide prodotte da qualsiasi agente.

Soggettivamente fin da principio gli ammalati avvertono un gradevole senso di calore, riacquistano la sensibilità mentre scompare il dolore ed il molesto senso di prurito; obbiettivamente si riscontra di solito, già dopo le prime medicature, il distacco dell'escara, diminuzione progressiva della suppurazione, riduzione fino alla scomparsa della infiltrazione parvicellulare, rammollimento e distacco del cercine fibroso e della cute desquamata, comparsa di buone granulazioni. La piaga detersa va rapidamente restringendosi, il caratteristico nauseabondo odore della gangrena non si avverte più, di regola, dopo la 2ª medicazione. Fino ad ora non si sono mai, in questo ospedale, riscontrati casi di intolleranza, non fatti d'assorbimento nè di reazione locale, ciò che giustamente ha indotto il dottor Rabbi a ritenere che detta sostanza, specie per le sue proprietà adesive, possa trovare un largo impiego anche nella profilassi delle congelazioni.

Il materiale di medicatura non si essicca nè si irrigidisce mai come qualcuno potrebbe ritenere; la cute poi, volendo, si può detergere e pulire rapidamente con un po' di alcool o, meglio, di benzina.

Da quanto più sopra abbiamo esposto si può concludere che questo antico rimedio — prezioso nelle speciali contingenze del momento — in cui, per necessità di cose, non poteva che affermarsi empiricamente — finirà indubbiamente e fra poco con l'imporsi all'attenzione di tutti.

D.r MARINO PASQUALI
Capitano Medico.

SERVIZI SANITARI.

Insegnamenti della guerra sui servizi sanitari campali.

Il capitano medico Verecondo Paoletti ci invia un lungo articolo, che per brevità riassumiamo, a proposito delle osservazioni pubblicate sul servizio sanitario in campagna dal maggiore medico Mendes nel fascicolo n. 1 del nostro giornale.

Per ciò che concerne il servizio reggimentale l'A. ritiene che il personale addettovi, e quello proposto dal Mendes, sia troppo esiguo di numero: non ci accontenta del solo aumento di due aiutanti medici per ciascuna compagnia e ritiene che ogni reggimento debba avere un capitano o maggiore effettivo, quale direttore del servizio, sei subalterni medici, dodici aiutanti di sanità e novantasei portaferiti.

Circa il materiale il dott. Paoletti concorda che dovrebbe venir aumentato, e ne fa una minuta descrizione.

Il complesso di questo personale e materiale dovrebbe poi godere, sotto il comando del capitano medico direttore del servizio, una maggiore autonomia e chiamarsi Reparto di Sanità Reggimentale.

Parlando della Sezione di Sanità il dottor Paoletti ne esalta le ottime qualità e protesta contro la proposta di trasformare i reparti someggiati di sezione in altrettanti ospedaletti someggiati avanzatissimi perchè, egli dice, chi farebbe allora il trasporto e lo sgombero rapido di centinaia e centinaia di feriti in montagna?

L'A. poi intenderebbe di differenziare la funzione dei varii ospedaletti da campo assegnati alle divisioni, conferendo ad uno solo di essi, per ciascuna divisione, il servizio pei feriti ca-

vitarii non trasportabili e sostituendo così la sua azione a quella delle ambulanze chirurgiche.

Gli altri ospedaletti da campo dovrebbero servire per i feriti leggeri e per malati.

A proposito delle ambulanze chirurgiche l'A. ritiene che potrebbero essere sostituite assai efficacemente da uno degli ospedaletti divisionarii, che avesse mansioni esclusivamente chirurgiche, e ciò con minore spesa e maggior rendimento.

L'A. concorda infine col Mendes sulla utilità di trasformare gli ospedali da campo di seconda linea in ospedali di tappa più efficienti e più differenziati. LA REDAZIONE.

Alle osservazioni del capitano Paoletti rispondo che pel servizio sanitario reggimentale concordo pienamente su quanto egli dice e che nel mio articolo realmente sono incorso in una sconcordanza, facilmente rilevabile, tra il testo ed il quadro riassuntivo.

Nel testo infatti non ho accennato menomamente a diminuire il personale sanitario reggimentale e la frase contenutavi a proposito degli *aiutanti medici* (che vorrei fossero *due* per compagnia, e quindi 24 per reggimento), nella quale dicevo « chissà che la presenza di due di essi per compagnia non ci farebbe risparmiare un medico per battaglione », era solo un esponente, sia pure iperbolico, del rendimento che, nell'odierna penuria di subalterni medici, ritengo che tali *aiutanti* potrebbero darci.

Si intende del resto che nè il numero degli altri graduati, nè quello dei portaferiti dovrebbe essere diminuito dall'attuale, e che quindi il quadro riassuntivo deve essere in questo senso corretto.

Per ciò che concerne la difficoltà di trovare chi trasporti i feriti, qualora i reparti someggiati di sezione fossero sostituiti dagli ospedaletti avanzati, mi sembra che il collega Paoletti non abbia tenuto conto che io proponevo di aggiungere a ciascuno dei detti ospedaletti un adeguato numero di portaferiti, muniti di tutti i mezzi di trasporto di diverso genere a seconda del terreno.

Sarebbero queste in fondo delle vere e proprie *colonne mobili* di portaferiti, che potrebbero superare in efficienza e numero i portaferiti dei reparti di sezione di sanità.

Quante volte, del resto, non è occorso di inviare in aiuto a questi ultimi, per effettuare i trasporti, i portaferiti e perfino i conducenti degli ospedaletti più avanzati?

G. MENDES.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Sul trattamento delle ferite infette con metodi fisiologici.

(ALMROTH E. WRIGHT. *The Lancet*, 17 giugno 1916).

Il batteriologo inglese insiste imperturbabile nelle sue vedute sul modo di trattare le ferite infette, non ostante le numerose voci anche autorevoli sorte in contraddittorio (un notevole articolo di Watson Cheyne è riferito ampiamente nel fascicolo 28 del nostro giornale). Nell'articolo che qui riassumiamo l'A., senza nemmeno curarsi delle obbiezioni fattegli, espone in modo completo il trattamento da lui consigliato.

Il trattamento delle ferite settiche di guerra presenta tre indicazioni: in primo tempo provocare la distruzione dei microbi insinuatisi nei tessuti profondi, ristabilire in questi le condizioni normali, prevenire l'inquinamento della secrezione; e in tutto questo periodo impedire i movimenti attivi e passivi che possono avere per effetto la diffusione dei batteri nelle vie linfatiche e nel sangue. In secondo tempo, vinta l'infezione profonda, combattere l'infezione dei tessuti superficiali; e, finalmente, provocare i processi di riparazione riavvicinando i tessuti e ricoprendo le superfici denudate.

Inefficacia del metodo tradizionale di applicazioni antisettiche, incisioni e drenaggio meccanico. — Gli antisettici ordinari combinandosi con qualunque specie di albumina vengono rapidamente a perdere sia il loro potere battericida, sia il loro potere penetrante. Queste vedute fondamentali sono saldamente basate su dati sperimentali. L'azione sterilizzante degli antisettici applicati sulla ferita è quindi strettamente limitata alla distruzione dei microbi che si trovino negli stati superficiali.

Quanto al drenaggio esso per rispondere allo scopo deve essere in grado di provocare un deflusso sia dai tessuti infettati sia dalla cavità di una ferita quando esiste. Per drenare i tessuti il chirurgo si limita a semplici incisioni le quali possono avere effetto nel caso di edema, ma nei tessuti di densità normale non provocano alcuna effusione, essendo il flusso linfatico rapidamente arrestato dal coagulo e dall'essiccamento. I tubi di drenaggio, poi, introdotti in una cavità di ferita riescono al più a vuotare questa cavità, ma non sono in grado di provocare alcun deflusso dai tessuti che la rivestono.

In breve il trattamento delle ferite con la

combinazione di antisettici, incisioni e drenaggio meccanico è un metodo terapeutico destinato a fallire costantemente, perchè non uccide i microbi infettanti e, nello stesso tempo, non fornisce all'organismo l'opportunità di liberarsi da sè dall'infezione. E infine questo metodo trascura del tutto l'eventualità che i movimenti attivi e passivi possano portare a delle autoinoculazioni.

Un trattamento fisiologico ideale deve dare un ausilio intelligente all'organismo per combattere l'infezione batterica. — Ciò si raggiunge per mezzo delle medicature saline le quali, contemporaneamente, inibiscono lo sviluppo batterico, drenano i tessuti, risolvono l'infiltrazione e promuovono la eliminazione dei secreti purulenti e delle parti necrotiche.

Azione fisica e fisiologica delle soluzioni saline concentrate. — Anzitutto esse attraggono acqua; e salvo il caso che sia interposta una membrana impermeabile alle albumine, con tale deflusso sono consigliate anche sostanze proteiche; il che val quanto dire che, applicate superficialmente, esse agiscono da linfagoghe sui tessuti profondi, derivandone la linfa già spossata e attirando in essi linfa fresca, esiziale per lo sviluppo batterico. Messe a contatto coi lencociti, tali soluzioni, li distruggono, come è dimostrato sperimentalmente, e mettono in libertà il fermento triptico che essi contengono. Vengono in tal modo a esercitare una serie di azioni inibitorie: impediscono l'azione del fermento triptico libero nelle ferite; impediscono la coagulazione; impediscono l'emigrazione leucocitaria; impediscono lo sviluppo microbico.

Le soluzioni normali di clormo di sodio (0,85 %) hanno, d'altra parte, un effetto clumiotattico positivo sui corpuscoli bianchi; non disturbano l'attività della tripsina non la coagulazione sanguigna o linfatica non la fagocitosi e lo sviluppo microbico.

Impiego terapeutico di soluzione salina ipertonica nei primi stadi di una ferita infetta. — In presenza di una ferita infetta, infiltrata a superficie necrotica e suppurante, quale si trova nelle formazioni sanitarie avanzate e anche talora negli ospedali di base, il nostro scopo deve essere di detergere la ferita, provocare un deflusso linfatico, risolvere l'infiltrazione; ciò richiede due operazioni successive: nella prima noi facciamo uso di soluzione ipertonica non diluita, nella seconda noi mettiamo a profitto la sua diluizione.

Nel primo stadio la cosa più importante è provocare un deflusso linfatico, ma ciò deve esser raggiunto sia alla superficie, sia nei tessuti profondi, sia nella cavità della ferita. Nei tessuti profondi una linfa spossata favorevole allo sviluppo batterico verrà sostituita con linfa fresca che arresta lo sviluppo dei batteri sero-saprofitici e serofitici imperfetti (come il bacillo della gangrena gassosa); nello stesso tempo, immersi in una linfa fresca i microbi che prima non lo erano divengono suscettibili a esser fagocitati; si aggiunga che la soluzione salina provoca la lencocitosi.

Nelle regioni più superficiali le soluzioni ipertoniche distruggono i lencociti e mettono in libertà il fermento triptico (il quale peraltro come vedemmo non agisce finchè la concentrazione salina è alta); e inibiscono la coagulazione linfatica. Nella cavità della ferita lo sviluppo microbico è all'inizio arrestato completamente, in secondo tempo disturbato in vario grado secondo le circostanze di combinazione fra soluzione salina ed essudazione antitriptica. Riassumendo, con le soluzioni ipertoniche si stabiliscono nei tessuti profondi condizioni favorevoli alla soppressione dell'infezione, nelle cavità condizioni che limitano lo sviluppo batterico.

Quando poi la soluzione ipertonica sia stata nella cavità di una ferita sufficientemente diluita dalla linfa il sale si diffonde per le pareti infiltrate e con ciò il fermento triptico, precedentemente messo in libertà, entra in azione e comincia il suo lavoro di *digestione purificante* risolvendo i prodotti dell'infiammazione e distruggendo le lacinie connettivali per le quali le escari sono legate alla superficie della ferita. Nello stesso tempo, e ciò costituisce un indice che la diluizione ha raggiunto il punto in cui tutti i suoi effetti inibitorii sono aboliti, i lencociti emigrano nella ferita e la secrezione assume un carattere purulento. Ora anche i batteri cominciano a moltiplicarsi nella ferita; chè anzi, man mano che la tripsina aumenta, viene a crescere il mezzo nutritivo per i batteri e il freno imposto dalla fagocitosi viene sempre più attenuandosi: a ciò si arriva quando si tardi a medicare di nuovo la ferita.

In caso di gangrena gassosa, cellulite streptococcica o altre infezioni acute dei tessuti, oppure quando si ha a che fare con l'infezione di una articolazione, dobbiamo principalmente aver di mira l'eliminazione più rapida e più completa possibile della linfa infetta, sostituendola con linfa fresca attratta da capillari; in tali circostanze dopo ampie incisioni, ovvero dopo l'apertura dell'articolazione, applicheremo la soluzione ipertonica, mantenendone rigorosamente la concentrazione fino a che l'infezione sia dominata.

E, finalmente, in caso di minaccia di emorragia secondaria, essendo nostro precipuo scopo di prevenire ogni azione digestiva nelle vicinanze dell'arteria, dobbiamo ancora applicare soluzioni saline ipertoniche, mantenendone la concentrazione in modo che l'eventuale tripsina che si renda libera non sia in grado di agire.

Istruzioni generali. — Per tutti gli usi ordinari la migliore soluzione salina è al 5 % di sale comune. Quando occorra un effetto linfagogo più energico, possiamo arrivare a una soluzione al 10 % o anche più forte; ma queste sono assai dolorose se applicate sui bordi cutanei e sulle granulazioni sensitive; e il sale applicato in soluzioni sature o quasi sature provoca spesso la necrosi dei tessuti superficiali.

La soluzione base più conveniente da tenere a mano è la soluzione satura; questa alla temperatura ordinaria contiene il 35 % di sale; diluendone una parte con 6 di acqua si ha la soluzione al 5 %; diluendone 2 parti con 5 di acqua si ha la soluzione al 10 %; diluendone 1 parte con 39 di acqua si ha la soluzione al 0,85 % (soluzione fisiologica).

N. B. — Per tutte le medicature e irrigazioni saline occorre nelle diluizioni adoperare acqua calda perchè tutte le reazioni fisiologiche che si desidera provocare (iperemia attiva e trasudazione, digestione triptica, emigrazione e fagocitosi) sono favorite dal caldo, impedite dal freddo.

Metodo di applicare le soluzioni ipertoniche per provocare una adeguata azione linfagoga, e la detersione digestiva della ferita. — Devono esser tenuti presenti i seguenti punti:

a) Per un adeguato effetto linfagogo debbono essere usate considerevoli quantità di soluzione ipertonica; le compresse debbono essere applicate ben umide;

b) La concentrazione non deve esser troppo forte sì da permettere di esser diluita entro un dato limite dalla linfa secreta; e per la stessa ragione non si debbono applicare all'esterno soluzioni sature o tabloidi di sale a guisa di aggiunta.

Appena la secrezione comincia a essere purulenta bisogna rinnovare la medicazione.

Per applicare i principi suddetti i processi variano naturalmente secondo le condizioni anatomiche della ferita:

a) nelle ferite vastamente aperte dobbiamo solo applicare delle compresse di garze bagnate di soluzione al 5 %; al disopra di queste un tessuto impermeabile. Nelle medicature successive si rimuoverà prima di applicare di nuovo la soluzione salina, il pus che, a contatto col sale, ha formato uno strato impermeabile sulle pareti della ferita;

b) nel caso di ferite a saccoccia o a lembi si praticheranno dei bagni (in soluzione salina 5 % calda) o quando ciò non sia possibile delle irrigazioni: gli uni o le altre saranno applicate in modo discontinuo;

c) nelle ferite tubulari si introdurrà un drenaggio di gomma fenestrato, nel quale sia insinuata una striscia di garza imbevuta di soluzione salina.

Quando, al contrario, si voglia mantener costante la concentrazione, allo scopo di ottenere completo effetto linfagogo e sopprimere ogni azione digestiva (il che, come vedemmo è indicato nel timore di emorragia secondaria, nel caso di infezione articolare, di gangrena gassosa, di cellulite streptococcica):

a) nelle ferite completamente accessibili si porrà attorno alla consueta medicatura con soluzione al 5 % un impacco con soluzione satura, ricoperta da involucro impermeabile; ovvero si rinnoverà a brevi intervalli la soluzione ipertonica iniettandola con una siringa in un tubo di drenaggio che arriva fino alla ferita;

b) nelle ferite parzialmente accessibili si praticherà, come già descritto per altri casi, il bagno o l'irrigazione con soluzione al 5 % ma continuamente o quasi;

c) nel caso di ferite a setone si rimuoverà a brevi intervalli la provvista di sale; rimuovendo il drenaggio ,iniettando soluzione fresca e applicando un nuovo drenaggio.

All'esterno della medicatura salina si applica di solito uno strato di cotone secco e quindi la fasciatura; nell'idea che il cotone possa assorbire la secrezione e inoltre che attirando all'esterno e quindi facendo evaporare parte del solvente renda più concentrata la soluzione. Ma in realtà è tutta la soluzione che viene assorbita e quindi parte del sale non agisce più; e inoltre l'esperienza dimostra che piuttosto che uno scarico delle serezioni queste bagnando il cotone vengono a costituire uno strato denso attorno ai tessuti e sospendono l'efflusso linfatico.

Il metodo razionale per coprire le medicature saline è di usare una sostanza impermeabile. In tal modo invece che evaporare all'esterno la soluzione salina si diffonde verso l'interno; quanto alla difficoltà di dar esito alla serezione essa è vinta con la rinnovazione frequente delle medicature. Per le estremità la cosa migliore è forse rinunziare a qualunque copertura e rinnovare frequentemente l'impacco.

Rinnovamento della medicatura. — Una ferita richiede che la medicatura sia rinnovata in due circostanze affatto differenti:

a) non appena il fermento triptico è reso libero, per la distruzione dei lencociti, nella cavità della ferita: perchè a questa fase che sostituisce quella precedente dell'essudazione antitriptica i microbi sierosaprofitici sono assai favoriti nello sviluppo mentre la fagocitosi è disturbata;

b) non appena v'è ristagno di linfa e quindi cessa l'afflusso di linfa fresca: perchè anche in tal caso i microbi non disturbati nello sviluppo in fagocitati si moltiplicano abbondantemente.

È più urgente medicare quando v'è sospensione dell'efflusso linfatico che quando v'è ristagno di secrezione; nel primo caso dobbiamo temere ad ogni mòmento una vasta estensione dell'infezione dei tessuti, assumente la forma di gangrena gassosa e di cellulite streptococcica.

Tutto ciò va tenuto presente specialmente quando è impossibile ispezionare e rimedicare ogni ferita. In tali casi il chirurgo di solito si attiene alla regola di medicare quelle ferite il cui bendaggio esterno si sia sporcato, lasciando invece da parte quelle in cui le medicature esterne sono nette. Nelle ferite settiche dobbiamo seguire una tattica opposta: quando sul bendaggio esterno appare la secrezione, l'afflusso linfatico è probabilmente attivo, e la ferita va bene; possiamo, relativamente, rimandarne la rimedicatura. Invece una medicatura esterna pulita ci deve far sospettare una sospensione della corrente linfatica; e di queste ferite ci dobbiamo anzitutto preoccupare.

Precauzioni da prendere per prevenire le auto-inoculazioni e le diffusioni di infezione per via linfatica. — Come i malati acuti tutti i feriti soggiacciono a una infezione batterica; in relazione a questa si ha febbre; e le condizioni del paziente saranno aggravate per ogni diffusione infettiva od assorbimento di tossine batteriche sicchè in ogni caso di ferita infetta il paziente deve restare a riposo.

Ciò è ovvio anzitutto per le fratture esposte in cui soccorre anche l'applicazione di un apparecchio immobilizzante. Ma non solo in caso di fratture, ma anche di tutte le ferite con infezione si deve praticare, per quanto è possibile, e si aggiunga, il più presto possibile, la immobilizzazione. Tutti i movimenti passivi necessari nel corso delle operazioni e delle medicature debbono essere ridotti al minimo assoluto; a questo scopo debbono essere indirizzati gli apparecchi quando si vogliano applicare sapientemente nelle fratture; con questa massima, nel medicare delle vaste ferite degli arti deve esser posta ogñi cura per evitare le manipolazioni, i movimenti di flessione e di estensione, e per non disturbare se non è necessario la posizione dell'arto.

La misurazione dell'indice opsonico, la semplice ispezione delle tabelle termografiche stabiliscono che ad ogni riduzione di arto fratturato e probabilmente ad ogni nuova medicatura di ferite vaste segue una elevazione febbrile corrispondente a una vera e propria autoinoculazione. Lo stesso accade in seguito agli urti e alle scosse cui il paziente è soggetto quando è portato dalla corsia alla sala di operazione e quando è tasportato col treno o col *camion.*

Quanto abbiamo ora detto acquista dunque speciale valore quando si tratti di preparare i pazienti a un lungo viaggio verso l'ospedale di base o da questo agli ospedali territoriali; dobbiamo assicurare un deflusso linfatico continuo e nello stesso tempo fare in modo che la superficie della ferita resti costantemente umida. In tal modo potrà accadere che all'ospedale di arrivo si constati la medicatura sporca ma non è facile che sulla ferita si trovi del pus alterato; e possiamo esser praticamente sicuri che non si produrrà una diffusione dell'infezione dei tessuti per ristagno di linfa nella ferita.

Su alcuni eventuali spiacevoli effetti di un uso non corretto delle soluzioni ipertoniche; e sulle indicazioni per sostituire a queste delle soluzioni più deboli. — Se vogliamo, adoperando le soluzioni saline ipertoniche, ottenere i migliori risultati terapeutici dobbiamo stare continuamente in guardia per prevedere o correggere i difetti eventuali:

1° Se il sangue continua a gemere da un moncone operatorio o da una ferita cui sia stato applicato un impacco salino ipertonico ciò è dovuto all'essere stato adoperato questo agente anticoagulante prima della sospensione dell'emorragia; la soluzione ipertonica trova il suo impiego corretto solo quando il gemizio sanguigno è cessato. Essa allora non è in grado di sciogliere il coagulo sanguigno;

2° Quando la superficie della ferita si trovi coperta da uno strato glutinoso fissamente aderente, ciò dipende dalla frammentazione dei lencociti prodotta dall'applicazione diretta di un sale forte. Per evitare cioò, che costituisce un ostacolo al drenaggio e all'irigazione, bisogna asportare dalla ferita tutto il pus prima di applicare su di essa la soluzione ipertonica;

3° Per una applicazione troppo prolungata le granulazioni possono divenire, in realtà raramente, edematose; probabilmente perchè in tal caso il sale di cui le granulazioni sono inibite non è rapidamente portato in circolo e restando in sito assorbe liquido. Il rimedio: rendere le applicazioni saline discontinue; fare delle fomentazioni calde per attivare la circolazione; e promuovere l'assorbimento;

4° Quando le granulazioni assumono un colore rosso corallo, sanguinano al minimo tocco, sarà bene ridurre la concentrazione al 2,5 %, quando ancora sia richiesto un drenaggio dei tessuti, al 0,85, quando non ve ne sia più bisogno;

5° Indipendentemente da qualsiasi non desiderabile effetto secondario sarà bene, non appena scomparsa ogni traccia di indurimento e allontanato il ristagno, sostituire la soluzione ipertonica con la fisiologica; la quale, pur costituendo un buon ambiente per i microbi sierofitici, permette che abbia luogo la fagocitosi che tende a distruggerli (la soluzione ipertonica non li uccide ma solo ne impedisce lo sviluppo).

Applicazione terapeutica della soluzione fisiologica. — Ciò che rimane a fare consiste:

a) nel distruggere i batteri sierofitici — streptococchi e stafilococchi —, che ancora sopravvivono sulla superficie della ferita;

b) ridurre possibilmente la superficie della ferita che è sempre aperta all'infezione.

Un'infezione superficiale può essere effettivamente combattuta mantenendo umida la ferita con soluzione salina fisiologica, rinnovando spesso la medicatura; tale applicazione provoca come abbiamo visto l'emigrazione dei fagociti, mentre il rinnovamento della medicatura provvede a quel regresso che potrebbe avvenire per il rendersi libero della tripsina a causa della morte dei leucociti.

Stadii finali del trattamento della ferita. — Una sutura secondaria può essere tentata quando si abbiano ad un tempo buone condizioni batteriologiche e buone condizioni anatomiche.

Si può ritenere che le condizioni batteriologiche sono favorevoli quando:

a) l'esame microscopico o, in difetto di questo, l'evidenza clinica parlano per un annullamento dell'infezione dei tessuti profondi;

b) dei preparati microscopici colorati fatti dalla superficie delle ferite dimostrano l'abbondanza dei polinucleari e l'assenza di germi patogeni.

Le condizioni anatomiche sono favorevoli quando sia possibile, con o senza tagli sussidiarii, avvicinare i bordi della ferita senza troppo stirare sulla sutura e senza lasciare dei recessi e degli spazi vuoti. La sutura secondaria può esser praticata o prima che le superfici della ferita si ricoprano di granulazioni (il che è meglio dal punto di vista batteriologico) o dopo di ciò.

È consigliabile in ogni caso che l'operazione segua immediatamente l'esame microscopico perchè le condizioni possono cambiare anche in poche ore.

D'altra parte è strettamente necessario, dopo una sutura secondaria, di tenere il paziente sotto una rigorosa osservazione per una settimana almeno.

Quando le condizioni anatomiche non rendono possibile la sutura, dobbiamo tornare alla regola di combattere tenacemente l'infezione superficiale, consolidare le granulazioni, facilitare l'epitelizzazione. Per questi scopi ciò che pi ùrisponde sono le medicature frequentemente ripetute con soluzione fisiologica o meglio con soluzione di Ringers (che contiene un largo assortimento di sali fisiologici utili). Quando si abbia da far con vasti difetti di cute saranno utilmente praticati degli innesti.

SEBASTIANI.

Sui modi di cura delle ferite infette di guerra.

(Sir ALMROTH E. WRIGHT. *The Lancet*, 16 settembre 1916).

In questo articolo, che Sir A. E. Wright qualifica come risposta polemica ad una critica di Sir W. Watson Cheyne, comparsa nel « British Journal of Surgery », l'A. con un linguaggio, spesso molto vivace, vuole dimostrare, da un lato che le conclusioni, cui Sir W. Watson Cheyne è arrivato, sulla cura con gli antisettici delle ferite infette di guerra, derivano da ricerche scientifiche empiriche e da osservazioni cliniche insufficienti; dall'altro, che la maggior parte delle obbiezioni, rivolte da Sir W. W. Ch. al suo « metodo fisiologico » di cura con soluzioni saline ipertoniche, è privo di fondamento.

Si tratta di una serie di risposte, talora assai minute, ai vari argomenti addotti nel suo articolo da Sir W. W. Ch., e che non è facile riassumere in breve.

L'A. anzitutto nega che le ferite di guerra, anche poche ore dopo che sono state inferte, possano essere sterilizzate con l'applicazione su di esse e in esse di antisettici, perchè molti germi si trovano profondamente nei tessuti.

proiettativi con i corpi estranei dalla violenza di penetrazione del proiettile, e perchè quelli, rimasti in superfice, sono ricoperti da coaguli di fibrina. D'altra parte gli antisettici sono rapidamente neutralizzati dal siero che essuda nella ferita, e non hanno alcun potere di penetrazione nei tessuti viventi. I pochi esperimenti eseguiti su cavie con un antisettico, il «borsal», da Sir W. W. Ch., e che dimostrerebbero questo potere di penetrazione, sono secondo l'A. inconcludenti, perchè, tra l'altro, non distinguono fra penetrazione nei tessuti e assorbimento per i vasi.

È inopportuno riferire qui il concetto che l'A. esprime sul valore di Sir W. W. Ch. quale sperimentatore.

Venendo alle prove cliniche addotte da quest'ultimo, per dimostrare l'efficacia degli antisettici nelle ferite gravemente infette, l'A. sostiene che nel caso famoso di Lord Lister, citato da Sir W. W. Ch. si trattava di una frattura comminuta (con infezione circoscritta alla superfice), assai diversa da quelle prodotte dai proiettili moderni, in cui si ha spesso lacerazione dei tessuti, ernia dei muscoli, frammentazione delle ossa.

Gli altri 5 casi di ferite infette, esposti da Sir W. W. Ch., e trattati con vari antisettici (cresol, borsal), non sono, secondo l'A., dimostrativi, perchè mancano le prove di controllo e la ricerca batteriologica.

L'A. passa quindi a discutere i «Principi della disinfezione», professati da Sir W. W. Ch., essi sono i seguenti:

1° Il chirurgo deve credere nella possibilità di poter disinfettare una ferita;

2° deve scegliere l'antisettico adatto;

3° deve far sì che l'antisettico venga a contatto con ogni parte della ferita;

4° che ve ne rimanga sempre una certa quantità.

Per ultimo Wright si occupa dell'opinione, che Sir W. W. Cheyne si è formata sul valore terapeutico delle soluzioni saline ipertoniche applicate sulle ferite settiche.

In sostanza quest'ultimo afferma che tali soluzioni agiscono come irritanti, che in molti casi trattati col metodo di Wright lo stato delle ferite era tutt'altro che soddisfacente, che infine Wright non adduce, a sostegno del suo metodo di cura, alcun caso clinico, ma soltanto delle prove sperimentali.

L'A. risponde che le affermazioni di Sir W. W. Ch. sono di indole tutt'affatto generica; che le prove sperimentali hanno un grande valore; che dal momento che un gran numero di chirurgi sperimenta il suo metodo, egli si riserva di pubblicare i risultati clinici, quando essi saranno non solo bene accertati, ma basati su di una larga esperienza.

A. CHIASSERINI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALETTO DA CAMPO N. 69.

Contributo clinico su la cura del tetano.

pel Dott. LUIGI CERCHIONE.

Da quando Niccolaier scoperse l'agente patogeno del tetano, gli scienziati non hanno arrestato la loro indagine per stabilire il metodo definitivo di cura. La letteratura cita, fra i tanti, Bockencheimer, oltre dell'antitossina, utilizza l'applicazione di grassi, localmente; Krokieviez, emulsione di cervello di coniglio, il cui filtrato è da iniettarsi per via sottocutanea; Atker Oliver, iniezioni entro-venose di paraldeide e siero fisiologico; Chamoyon, iniezioni di colesterina; Baccelli, iniezioni graduali e progressive di acido fenico; Meltzer ed Auer, iniezioni di soluzione di solfato di magnesia, sostenute e raccomandate anche dal Kocher; Tizzoni, iniezioni endo-rachidee di siero, possibilmente del Tizzoni medesimo, raccomandate dal Nigrisoli.

Tutti costoro, malgrado le diversità del metodo, vantano dei successi confortevoli, soltanto pare dimostrato dalle statistiche che, associando la cura Bacceelli, con quella delle iniezioni endo-rachidee, i risultati siano davvero incontestabili, più efficaci.

Il metodo Baccelli, com'è noto, trova fondamento su l'azione sedativa che esercita l'acido fenico sul sistema nervoso e su la conseguente azione attenuatrice della infezione tetanica: il metodo Tizzoni serve a fissare le tossine circolanti.

Il caso occorsomi, assai grave, ho preferito trattarlo, appunto, seguendo questi due metodi.

STORIA. — Caporale G... V... del... fanteria, distretto di Siracusa, è trasportato l'8 febbraio dalla Sezione di sanità al nostro Ospedaletto.

Anamnesi. — L'ufficiale medico, che l'accompagna, narra, approssimativamente, la storia raccolta al Corpo: «Sei giorni avanti, il G..., caporale di cucina, nel caricare su di una carretta a Chiopris, attrezzi del mestiere, aveva riportato una ferita a la mano destra, da lui non denunziata, perchè insignificante. Dopo tre giorni, aveva *marcato* visita, non già per la ferita, ma per un mal di gola ed una certa

dolorabilità nell'ingoiare; malessere che il caporale attribuiva a strapazzi e piogge, sofferte durante alcune marce. Il 7 febbraio, cioè il giorno dopo, si ripresentava al medico per l'accentuazione di tali sintomi; gli furono somministrati preparati salicilici. Nella notte l'ufficiale medico era chiamato per dolori acutissimi e contrazioni atroci; furono praticate iniezioni di morfina; poi accertata la ferita alla mano destra, si procedette alla medicatura. La mattina il p. venne trasportato all'Ospedaletto.

Stato presente (8 febbraio). — Stato di nutrizione buono, dolori folgoranti al braccio destro, trisma; rigidità del collo, del tronco e degli arti, dei muscoli addominali; opistotono; riso sardonico; crisi di contratture muscolari per la minima eccitazione.

Alla mano destra, rimossa la medicatura, si nota una ferita lacera, interessante i comuni tegumenti, di forma lineare, della estensione del 2° metacarpo, a fondo purulento; temperatura 38/8.

Decorso del morbo e cura. — La ferita vien bene disinfettata con acqua ossigenata, poi causticata col termo-canterio. Iniezioni intramuscolari di siero antitetanico Squibb (siero dato in caricamento U. I 1500), ed ogni due ore iniezioni di acido fenico 2 %. Per attenuare i dolori acuti, qualche iniezione di un centigrammo di morfina.

9 febbraio. — Stato stazionario: s'intensificano le iniezioni di siero antitetanico (15 cent. cubici) e quelle di acido fenico. Dieta lattea.

10 febbraio. — Nessun miglioramento, solo lieve diminuzione termica (38).

Si persiste nella identica cura.

11 febbraio. — I sintomi si aggravano, completandosi il trisma si ricorre alla sonda nasale per la nutrizione: le crisi succedonsi a piccoli intervalli. Procedo quindi alla puntura lombare, previa disinfezione accurata del paziente e dell'ago, ben lungo e flessibile. Colloco, così, il paziente nella posizione di decubito-laterale, come più usata in pratica, perchè più comoda pel paziente, più sicura per l'operatore e meglio atta a misurare la pressione del liquido cefalo-rachideo. Determinato il quarto spazio lombare, affondo l'ago e aspiro 15 cent. cubici di liquido cefalo-rachidiano, iniettando 15 cent. cubici di siero antitetanico Squibb U. I. 4500. Ripeto la identica puntura lombare nella sera e persisto nelle iniezioni di acido fenico.

12 febbraio. — La notte trascorre calma; il paziente dorme parecchie ore. Noto qualche lieve miglioria; incoraggiato dal quadro generale, proseguo nella cura.

Nella sera il trisma si attenua da permettere nella bocca l'entrata del becco di una pipetta. Non tralascio la puntura lombare e le iniezioni di acido fenico.

13 febbraio. — Il migioramento si accentua, il trisma è diminuito e non più le contratture, ma dolori vaganti e persistenti dell'epistotono. Identico trattamento curativo al mattino ed alla sera.

14 febbraio. — L'ammalato si presenta in buone condizioni; il trisma è quasi scomparso, si notano anche movimenti del collo e flessione delle gambe; la rigidità addominale è pure diminuita, solo residua il dolore dell'arto destro.

Pratico una sola puntura lombare, aspirando questa volta 10 cent. cubici di liquido rachidiano ed iniettando 10 di siero; diminuisco pure le iniezioni di acido fenico che vengono praticate ogni quattro ore, dieta lattea, brodo ed uova. Apiressia.

15 febbraio. — I movimenti generali sono completi: il G... prova a scendere da letto e vi riesce; ma non siede con facilità; persistono i dolori all'arto superiore destro. Continuo ad usare le iniezioni di acido fenico nell'arto ammalato e si praticano le iniezioni di siero antitetanico intra-muscolari.

La ferita va cicatrizzandosi.

16 febbraio. — Dato qualche dolore all'arto destro, si ripetono le iniezioni di acido fenico, dieta mista.

17 febbraio. — L'ammalato è in buone condizioni, tanto che se ne propone l'avviamento in qualche ospedale territoriale, perchè gli sia accordata una licenza di convalescenza.

La storia clinica mi ha dimostrato che il tetano, virulentissimo, si manifestò appena cinque giorni dopo l'inoculazione dell'agente patogeno. Il paziente ebbe da 40 a 50 centigrammi al giorno di acido fenico puro che apportarono una certa calma ed una diminuzione termica, inoltre complessivamente 100 centimetri cubici in rachide di siero Squibb, equivalente approssimativamente a U. I. 45000, e circa 50 centim. cubici intra-muscolari, che fissarono le tossine tetaniche.

In casi siffatti, considerate le statistiche raccolte recentemente dal prof. Vernoni e completate dal prof. Nigrisoli, mi par giusto che l'intervento debba essere immediato e che il medico non debba stare a discutere su la scelta de la cura; sopratutto quando all'esame del ferito si presentano associati il trisma, le contratture (a preferenza nell'arto leso) ed una certa difficoltà nella deglutizione. La rachide dev'essere prontamente aggredita, data la facile tecnica attuale, con sicura calma del medico, stabilito che sia il punto di elezione. In pratica poi, anche affondando l'ago nel 3° spazio lombare invece che nel 4° o nello spazio lombo-sacrale, alcun pericolo vi sarebbe mai, poichè in queste regioni, una ferita al midollo non può preoccupare, arrestandosi essa alla altezza della 2ª vertebra lombare.

Al punto indicato si trova il sacco dell'aracnoide, in mezzo al quale fluttua la coda equina.

Questi casi di cura, quando cioè l'infezione tetanica è già in atto, sono fortunatamente assai rari. Oggi al ferito grave o lieve che sia, appena sottratto dalla linea del fuoco, viene iniettata U. I. 1500 per dose di siero antitetanico, contrassegnando questo su la singola cartella clinica.

Solo così, dal luglio 1915, si è avuto una

riduzione sensibilissima di casi di tetano, malgrado l'infezione fosse favorita dalle aspre condizioni del terreno (e parlo della Zona Carsica), dalle quotidiane snervanti fatiche, cui si sottopone il nostro bravo soldato e dall'assai relativa igiene ne le trincee di prima linea.

Il trattamento preventivo è nella pratica assai diffuso; i più insigni scrittori l'hanno discusso e proclamato efficace, solo qua e là si è temuto, come da l'illustre Delorme, che nelle formazioni sanitarie da campo non potesse generalizzarsi il sistema.

Ma in Italia, grazie ai saggi e rigorosi criteri che informano le nostre Autorità Mediche — che ad onor del vero, gittano nel grande incendio dell'attuale guerra tutta la luce dei loro intelletti — la cura preventiva del tetano si è imposta come dogma.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 17 dicembre 1916.

Presidenza del Prof. R. CAMPANA.

Osservazioni sulle ferite addominali curate nella III Ambulanza chirurgica.

Prof. R. BASTIANELLI. — Questa comunicazione viene da noi pubblicata in largo sunto a pag. 201 e seg.

DISCUSSIONE.

Il socio prof. ROSSONI domanda, tra l'altro, se di tutti i casi con esito letale fu fatta l'autopsia successiva, per gli importanti criteri clinici che si sarebbero potuti ricavare.

Il socio prof. ALESSANDRI, prendendo la parola sull'argomento, è lieto che la comunicazione del prof. Bastianelli sia in completo accordo con quella da lui fatta nella seduta del 19 novembre, per quanto riguarda i feriti all'addome in genere.

Identica è l'esperienza sua circa i feriti con lesioni intestinali non operate, che sono tutti morti, mentre in quelli operati, si è ottenuto una percentuale di guarigioni che, secondo vari autori, può andare dal 20, 25, al 30 e anche più per cento. E poichè anche l'esperienza degli altri colleghi, direttori di Ambulanza d'Armata e degli Ospedali Mobili della Croce Rossa, è concorde, si compiace di notare, come i chirurgi italiani siano unanimi nella constatazione che l'intervento nei feriti addominali in genere, è indicato e dà successi soddisfacenti.

Una semplice osservazione vuol fare sull'importanza da dare alla così detta *diagnosi topografica,* che dalla direzione e dal percorso del proiettile riportata su sezioni praticate trasversalmente e a vari livelli dall'addome, tende a stabilire presumibilmente gli organi feriti. Ed è che la posizione in cui il soldato si trova quando è colpito muta di molto il reperto, e poichè essa è variabilissima e quasi mai uguale a quelle in cui si praticano generalmente le sezioni di riferimento, è sempre molto relativo il giudizio che se ne può trarre.

Il socio prof. GALLI ritiene non giusto elevare ad assioma che i feriti gravi nella regione addominale non debbano essere operati perchè l'intervento chirurgico risulterebbe senza alcun risultato favorevole. Conforta questo suo modo di vedere citando un caso da lui osservato molti anni indietro quando faceva servizio chirurgico alla Consolazione e in cui, malgrado i gravi sintomi presentati dall'infermo con peritonite purulenta in seguito ad un trauma sull'addome, fu fatta l'operazione e il ferito guarì.

Il socio prof. FERRERO DI CAVALLERLEONE si compiace degli esiti così confortanti esposti dal prof. Bastianelli ottenuti con l'intervento operativo nelle ferite penetranti dell'addome, esiti presso a poco uguali a quelli già esposti nell'ultima seduta di questa Accademia dal professore Alessandri, e poichè egli sulle norme che diramò agli ufficiali medici per la Campagna, diede per quelle ferite come precetto generale l'astensione e la immobilizzazione, si crede in dovere di dichiarare che questo precetto lo diede riferendosi alle condizioni speciali nelle quali si svolge in genere la chirurgia di guerra.

Egli ha sempre ritenuto infatti, e ritiene tuttora, che condizioni necessarie per un favorevole intervento chirurgico nelle ferite penetranti dell'addome siano tre:

1° che non sia decorso molto tempo dal momento in cui fu inferta la ferita al momento in cui il paziente potrebbe essere operato, e che le condizioni nelle quali esso fu trasportato non siano state troppo disastrose;

2° che l'ambiente nel quale il ferito può essere operato e ricoverato sia adatto, ed i mezzi chirurgici e di assistenza, dei quali si può disporre, siano sufficienti;

3° e che soprattutto sia indiscussa e provetta l'abilità dell'operatore in chirurgia addominale, che non è la solita chirurgia.

Orbene è talmente difficile che tutte queste condizioni si riscontrino contemporaneamente, che si imponeva come massima doverosa di criterio quella antica che deve pur sempre es-

sere la base di tutta l'arte curativa: *primum non nocere*.

Tanto più che quel precetto fu dato prima dell'inizio delle operazioni di guerra e si doveva contemplare non soltanto la possibilità, ma la probabilità di uno svolgimento ben diverso da quello che esse hanno avuto. La guerra che da noi si combatte si può definire infatti una guerra di posizione, una guerra di assedio, che permette alle unità sanitarie di prima linea di trovarsi quasi tutte — non soltanto le sezioni di sanità, ma gli stessi ospedaletti da campo — molto vicine alle truppe operanti, sempre alla mano, per così dire, e fisse per la maggior parte del tempo, onde pronto il trasporto, adatto il ricovero, sufficienti i mezzi, numeroso il personale, che può aiutarsi a vicenda.

Ma ben diverse sarebbero state le condizioni se le azioni di guerra fossero state manovrate, cioè con grandi battaglie: basta ricordare la battaglia della Marna nella quale il solo esercito francese ebbe 110,000 feriti, per cui non pochi il settimo giorno dalla battaglia non avevano ancora ricevute le prime cure a regola d'arte.

Certamente le nuove Ambulanze chirurgiche hanno ora facilitata e coonestata la chirurgia addominale e il Ferrero si allieta della loro formazione. Fu precisamente pensando alle esigenze della chirurgia addominale e cranica che egli prima ancora dell'inizio della guerra decise la costituzione di gruppi chirurgici formati da due provetti chirurgi e da un radiologo che dovevano portarsi immediatamente sul campo di battaglia con auto-ambulanze non appena si iniziava un combattimento per compiervi i grandi atti operativi. Sulla auto-ambulanza doveva trasportarsi un apparecchio radiografico da campo ed un armamentario e si era di già anche studiata la possibilità di trasformare in caso di necessità l'ambulanza stessa in camera operatoria mercè lenzuola preparate in precedenza, sterilizzate, contenute in cassetta apposita: un ospedaletto da campo od una parte della Sezione di Sanità delle truppe operanti avrebbe forniti i mezzi ed il personale occorrente per la bisogna. E quei gruppi avrebbero dovuto subito funzionare creando per l'appunto così quelle circostanze favorevoli di tempo e di ambiente e di personale che, a seconda delle norme stesse, potevano legittimare le laparotomie.

Il Ferrero tiene pertanto a dichiarare che, ben lungi da misoneismo, egli sottoscrive alla chirurgia operativa addominale in guerra quando quelle circostanze si avverano e quando operano chirurgi quali i professori Bastianelli ed Alessandri. Con tutto ciò però dai risultati esposti, egli non potrebbe ancora accettare la conclusione così assoluta alla quale il prof. Bastianelli ne è venuto, che cioè l'astensione sia un votare a morte certa i colpiti da ferite penetranti dell'addome con lesioni degli organi cavitari. Egli ha detto che tutti i non operati sono morti e sono una sessantina, ma evidentemente quella sessantina se da lui non furono operati fu precisamente perchè egli li giudicò talmente gravi da ritenere certamente fatale anche l'esito post-operatorio. E degli operati porta il 28,5 % di guariti. Orbene si hanno delle statistiche che dànno il 35 % di guariti con l'astensione nelle ferite addominali penetranti.

Il prof. Bastianelli ha premesso, e nessuno può contestarlo, come lo provarono le sue accurate osservazioni, che parecchi dei casi che vengono a guarigione coll'astensione sono ferite addominali senza lesione degli organi endoperitoneali; ma se da una parte questi concorrono ad elevare la percentuale dei guariti con l'astensione, devesi d'altra parte pur tenere presente che in una statistica astensionista quei sessanta casi, più che gravissimi, avrebbero pur figurato nella percentuale dei morti, mentre nella percentuale degli operati, presentata dal prof. Bastianelli, non si è tenuto naturalmente conto che dei casi i quali presentavano maggiore probabilità di successo per l'atto operativo.

La replica del prof. BASTIANELLI ai vari oratori che hanno preso parte alla discussione è data integralmente alle pag. 203-4.

Rispondono e ringraziano i soci ROSSONI e GALLI e replica il socio FERRERO DI CAVALLERLEONE dicendo che le statistiche dell'esercito cui ha accennato sono non soltanto nazionali, ma anche estere.

A. BALDONI.

Riunioni medico-militari di Ferrara e Rovigo (istituite dall'Accademia delle Scienze mediche e naturali di Ferrara).

V Riunione.

Ferrara - Palazzo dell'Università - 29 ott. 1916.

Presidenza: I. SALVETTI.

Per una "Medicina di guerra„ come specialità.

BOSCHI. — Ricorda come prima dello scoppio della guerra non si pensasse ad una *Medicina di guerra* personalizzata e speciale, mentre invece si riconoscevano peculiarità di altre bran-

che mediche (chirurgia, igiene, tattica sanitaria) applicate alla guerra. Nota come conferenze e pubblicazioni di medicina, propriamente detta, di guerra, si limitassero a richiamare argomenti e nozioni comuni che la guerra rendeva di attualità, ma non se ne sollevavano *ex novo* plasmate in conformità alla guerra.

L'esperienza ha dimostrato che la clinica di guerra presenta fatti nuovi e richiede accorgimenti nuovi e modalità nuove nel diagnostico e nel trattamento; così che della medicina di guerra viene oggi formandosi una vera specialità.

Ricorda molte cose enunziate nelle conferenze e pubblicazioni di autori italiani sul tifo di guerra, sul decorso del colera ed altre malattie; ricorda la sindrome commotiva, le plessalgie, le nevriti e polinevriti da nevrastenia descritte da autori francesi e tedeschi, gli itteri castrensi, le nefriti delle trincee, le febbri effimere, l'importanza e la frequenza di segni basedowistici, ecc., ecc.

Il problema medico-legale della sciatica.

Boschi e Neri. — L'O. (Boschi) richiama i principali criterii obiettivi per diagnosticare la genuinità di una sciatica. Afferma che la simulazione *completa* della sciatica egli ed il suo collaboratore ritengono di non averla mai vista. Invece può succedere simulazione di quantità, esagerazione degli effetti dolorifici sul funzionamento dell'arto, impedimento funzionale, con movimenti e atteggiamenti caratteristici della malattia, assunto per volontà su la traccia indicata da poco dolore reale residuo; oppure trattasi di una abulia ad affrontare il dolore, anche se del tutto scarso; oppure si tratta di un addizionamento di dolore psicogeno, di psicalgia e nevralgia, frequente in soggetti fobici o isteroidi.

Il vero problema medico-legale pratico della sciatica consiste adunque nello sceverare la portata della nevralgia nell'impedimento della funzione da ciò che è di origine psichica; e quivi nell'individualizzare ciò che è morboso da ciò che sia criminoso.

Contributo sperimentale alla conoscenza delle cause e del meccanismo del congelamento.

Neri. — Comunica una serie di esperienze da lui eseguite per studiare l'importanza dei fenomeni vasomotorî nella genesi del congelamento. Il disserente immergeva le mani di soggetti congelati guariti e di sani a controllo in una miscela di acqua e ghiaccio per 5 minuti ed osservava, mediante un termometro cutaneo, in quanto tempo riprendevano la temperatura antecedente all'esperienza.

Ha potuto constatare che, mentre nella grande maggioranza dei soggetti normali questo tempo è di circa 20 minuti, dopo i quali la temperatura iniziale viene persino sorpassata, nella grande maggioranza degli ex-congelati la ripresa della temperatura iniziale non era conseguita neppure dopo un'ora.

Si mostrà contrario all'uso delle mollettiere, che, ostacolando l'azione vasomotoria, vengono ad aggravare la predisposizione al congelamento.

Casati. — Propone che dal consesso sia emanato un voto perchè i congelati non siano rinviati al fronte nella stagione invernale ed altro voto per l'abolizione delle mollettiere in tutti i soldati fuorchè negli alpini, più abituati ed esperti nel loro uso.

Boschi. — Poichè si è fatta la proposta di una modificazione del vestiario militare, richiama un accenno fatto, durante la sua comunicazione « per una Medicina di guerra come specialità », ad importanti argomenti pratici in connessione coi fatti basedowistici presentati dai malati di guerra. Riferisce come tali fatti siano ben frequenti; nota come molte sindromi nervose siano precisamente di natura basedowistica: la stessa nevrosi cardiaca è, almeno in una gran parte dei casi, un fenomeno di tale indole.

Appunto a tale proposito trova antiigienico il collo della nostra divisa militare. Quando il soldato è più o meno prono e tiene il collo esteso per guardare innanzi, il collo della giubba esercita una costrizione, la quale, oltre a disturbare in modo ovvio la meccanica circolatoria del capo, attua una irritazione della ghiandola tiroide. E tutto ciò nel tempo in cui la ghiandola stessa e il sistema nervoso sono soggetti a un *surmenage* funzionale per lo stato emotivo e lo sforzo di attenzione, e quando la labilità dell'organismo in genere è particolarmente spiccata per i disagi della guerra.

Onde l'O. propone che dall'assemblea parta un voto per la adozione di una divisa militare che più rispetti la libertà del collo del soldato, sul tipo di quella dei soldati inglesi e dei marinai.

Quanto poi al meccanismo patogenetico creato dalla mollettiera, non vorrebbe riporlo soltanto in un disturbo del funzionamento vasomotorio; ma anche nel fatto meccanico della stasi venosa e nella conseguente difettosità nutritizia e diminuzione di resistenza dei tessuti. Cita i risultati sperimentali di gravi effetti distrofici prodotti sopratutto dalla azione simultanea di più d'un agente patogeno (p. es. inanizione e freddo).

GHILLINI. — Prese parte all'organizzazione dei servizi contro le congelazioni nella zona del M. Nero ed obietta al Neri che colle sue idee non si spiega come le congelazioni si verifichino prevalentemente in certi reggimenti e meglio in certi battaglioni e compagnie. Espone la probabilità che in molti casi i reperti del Neri possano essere postumi della congelazione stessa anzichè manifestazioni idiosincrasiche individuali.

Accenna alle misure preventive che fin dal decorso anno si presero contro le congelazioni e che fino da allora diedero notevole diminuzione nel numero dei casi di congelamento (sostituzione dei calzettoni alle mollettiere, unto ai piedi, applicazione di carte unte e di altri mezzi per evitare la dispersione del calore, abbreviamento dei turni di guardia ai piccoli posti, migliore igiene delle trincee). Questi dispositivi portarono a una diminuzione successiva nel numero di congelazioni.

BOSCHI. — Osserva al cap. Ghillini che i motivi per cui le congelazioni si ebbero più numerose sul principio della stagione fredda anzichè più tardi possono consistere, oltrechè nella adozione reclamata di mezzi profilattici ideati man mano e messi in pratica, anche — data l'importanza causale della predisposizione — nel fatto che i primi congelamenti abbiano eseguito una specie di selezione; e nel fatto che le licenze invernali effettuantisi consecutivamente e il rallentamento delle azioni guerresche ritemprino gli organismi e diminuiscano le esposizioni refrigeranti; e infine nel fatto che col tempo vada istituendosi una specie di adattamento alle condizioni climatiche.

SALVETTI. — I montanari sfuggono al congelamento dei piedi dando molto valore ad una sensazione di molestia e poi di leggero dolore che si manifesta nell'estremità ungueale dell'alluce quando s'inizia il congelamento stesso. Allora mettono a nudo i piedi, li strofinano colla neve o colle mani e poi si rimettono al lavoro o proseguono nel viaggio.

Bisogna però tener conto che il congelamento dei nostri soldati avviene per la immobilità quasi assoluta che questi devono tenere per servizio e per lungo tempo. D'altra parte non avrebbero la possibilità di praticare quanto fanno i montanari.

NERI. — Rileva ciò che ha detto il sig. colonnello Salvetti, sulla parestesia dell'alluce premonitrice del congelamento, e insiste sul danno della mollettiera che nuoce, oltre che disturbando il meccanismo vasomotorio, attutendo quel validissimo mezzo di difesa che è il dolore. Egli ha praticato delle ricerche a questo proposito ed ha osservato che una pressione di 30 mm. esercitata col Pachon rende inavvertibili stimolazioni dolorifiche intense. Il dolore del congelato invece è postumo, ed emana dalle parti già congelate. È inefficace perchè tardivo.

Il Presidente mette ai voti la proposta contro l'uso delle mollettiere. La mozione è approvata all'unanimità.

Mette ai voti la mozione per la modificazione della divisa militare con riguardo ad una maggior libertà del collo. La mozione è approvata all'unanimità.

Il Presidente si incarica di trasmettere l'una e l'altra agli organi competenti.

L'eccitazione faradica della pianta del piede nella sciatica.

NERI. — Mentre nei normali l'eccitazione faradica della pianta del piede di solito provoca la flessione dell'alluce e delle altre dita, l'O. ha osservato che negli arti sciatici si ottiene invece per lo più estensione delle stesse dita, o, meno frequentemente, nessuna reazione.

Egli spiega questi comportamenti con una ipoeccitabilità dei flessori, innervati dalla I e II radice sacrale. L'estensione dipenderebbe da una diffusione di stimolo agli estensori (IV e V lombare); la mancanza di reazione da una concomitante ipoeccitabilità anche di questi ultimi.

I criteri moderni nella cura degli empiemi.

CASATI. — L'O., dopo un breve accenno sulla storia della cura chirurgica degli empiemi, facendo notare che due elementi fondamentali per la guarigione sono il ripristino della espansione polmonare e il nessun ristagno di pus nella cavità, e facendo pure notare che i drenaggi il più spesso agiscono da tamponi, ritiene che la vera cura dell'empiema sia la decorticazione del polmone, e l'asportazione quasi per intero di una costa, spaccando la pleura in tutta l'estensione della ferita; il che permette di medicare subito a piatto. Accenna ad un suo caso personale in cui l'empiema datava da quasi tre mesi e in cui dopo 25 giorni il malato era avviato a toccare guarigione entro un termine breve.

Marsupializzazione della sinoviale nella cura delle artriti purulente.

CASATI. — Con questo metodo si evita l'estendersi del processi suppurativo lungo i muscoli, come troppo spesso avviene anche con le ampie spaccature.

L'O. dà brevemente la storia di un caso a

STUDIO CLINICO
SULL'ASSOCIAZIONE DI IODO ED ARSENICO
in rapporto alla secrezione delle glandole interne

Per il Dott. TOMMASO Cav. RICOZZI
Assistente della 1ª Patologia Medica di Napoli

In seguito agli studii moderni sperimentali sulla fisiopatologia del *vago*, del *simpatico* e su quella delle glandole a *secrezione interna*, si son potute meglio individualizzare e curare date anomalie organiche.

Anticipatamente i cultori di scienze mediche non potevano far altro che rilevare obbiettivamente le varie sindrome morbose e le speciali costituzioni somatiche, senza poterne dare una esatta spiegazione.

Fu merito della scuola di Padova l'aver messo in rilievo il rapporto tra questi segni somatico-clinici con abnorme funzione del *vago* e del *simpatico*, e del genio divinatore del De Giovanni, che dimostrò, come il sistema nervoso umano nella crescîta può assumere un orientamento speciale individuale.

Ma le questioni inerenti alle cause prime ed al meccanismo onde si svolgono durante la vita fetale le alterazioni di dati organi e le tendenze che questi acquistano durante lo sviluppo somatico nella vita extrauterina, sono abbastanza complesse e spesso di difficile soluzione.

Diversi sono i fattori che possono intervenire, siano essi inerenti a disturbo di evoluzione nel periodo embriogenetico, come diverse sono le cause che possono influenzare nella crescita i vari apparati nervosi, cardio-vascolari, secretivi, ecc.

Se per poco ci portiamo a studiare queste cause che determinano dati disturbi sia funzionali che somatico distrofici, dobbiamo pensare principalmente all' influenza che hanno sulla crescita la girandola Tiroide e quella sessuale (Ovario-testicolo).

L'ormone prevalente che caratterizza la funzionalità di questi organi importanti è vagotonico, come l'ormone della tiroide è simpatico-tonico, e quindi è facile comprendere quali disturbi presenti l'apparato cardio-vascolare, il sistema nervoso generale, ed il trofismo organico, per cui questi soggetti non hanno la possibilità di sviluppare armonicamente nel periodo pubere i vari metameri del corpo.

E come se a ciò non bastasse il vilipendio psico-sessuale che di questi esseri la natura fa scempio, apparati preziosi, come il cardiaco ed il respiratorio, restano allo stato in-

fantile; mentre organi di secondaria importanza, come gli arti, il pannicolo cellulo-adiposo, si sviluppano enormemente.

Nel periodo della crescita sono appunto deficienti l' irrigazione sanguigna arteriosa perchè manca quel tono normale che si ha negli individui sani; deficienti gli scambi gassosi dell'ossigeno nello alveolo polmonare; deficiente pure l'ossidazione della materia nell' importante funzione del ricambio materiale.

Tali gravi deficienze, gravi per sè, gravi per le conseguenze, fanno capo al sopravvento che la funzione del vago prende sul simpatico, per cui il tono vasale negli infantili è abbassato notevolmente.

È noto del pari che il corpo luteo dell' ovario rappresenta l' organo secretivo di esso; il principio attivo (ocreina così detta) determina un abbassamento del circolo.

Se il prodotto di questa secrezione interna è in difetto o viene a mancare per una qualsiasi alterazione, oppure per oblazione dell'ovario, si determina nell'organismo femminile una sindrome fenomenica svariatissima, talvolta di grave entità, quale ad es: vertigini, congestioni encefaliche, facili sincopi, disturbo delle vie genito-urinarie, astenia grave, clorosi intensa con tutta la serie delle psico-nevrosi.

Questo quadro sintomatologico, così brevemente riassunto, appare più spiccato per la deficiente funzione dell'importante secreto della glandola tiroide.

Infatti l'ormone prevalente di questa ghiandola, che come abbiamo detto precedentemente è simpatico-tonico, non potendo fare equilibrio sull'ormone ovarico (vagotonico), il tono muscolare, il tono delle pareti vasali diminuisce potentemente, dando adito alle facili metrorragie, dismenorree; mentre aumentano d'intensità gli attacchi asmatici, la cianosi, gli abbondanti sudori notturni per intossicazione del centro respiratorio, in seguito ad accumulo di anidride carbonica nel piccolo circolo.

I molteplici e svariati studii in questi ultimi anni sulla tiroide e l'esatta osservazione e valutazione dei fenomeni che conseguono agli stati patologici ed all'asportazione del corpo della glandola, hanno indotto tutti i fisiologi ed i clinici a riconoscere l'alta missione cui essa è deputata.

Clinicamente e sperimentalmente è stato dimostrato che l'estratto glandolare spiega una azione protettiva sull'organismo; garantisce l'integrità delle reazioni nervose; accelera il ricambio materiale; aumenta il numero dei globuli rossi, elevando pure il tasso emoglobinico; in una parola imprime una manifesta attività a diversi importantissim sistemi organici.

Nella tiroide sono state isolate diverse sostanze: la *tiroproteide e la tiroidina* (Notkine), la *tiro-antitossina* (Fraenkel), la *iodotirina o tiroidina* (Baumann), la quale ultima, per universale consenso, rappresenterebbe il principio più importante della glandola.

Ma la vera composizione chimica del suo ormone principale è ancora ben lungi dall'essere completamente ed esaurientemente dimostrata, in quantochè nuovi principii vanno segnalati, quali ad es: la presenza dell'arsenico, che nella tiroide umana si trova nella proporzione di un milligrammo per 127 grammi di tessuto (Gautier), combinato con le nucleine.

Da ciò appare manifesto che le arsenucleine e l'iodo debbono senza dubbio avere una parte importantissima sulle proprietà biologiche del secreto tiroideo.

Da quanto siamo venuti dicendo intorno alle proprietà biochimiche di una fra le più importanti ghiandole a secrezione interna, sorge spontaneo il pensiero di rivolgere tutta la nostra attenzione ai benefici effetti che essa può apportare a determinate entità morbose.

Una felice combinazione chimica, che in parte potrà sostituire la deficiente funzione tiroidea e della ghiandola ovarica, è stata raggiunta, dietro nostro modesto suggerimento, dal farmacista chimico Ettore Cozzolino di Napoli sotto il nome di *Iodofosfarsina*, combinazione di Iodo-fosforo ed arsenico in soluzione tonico-eupeptica perfettamente assimilabile, di cui ci siamo giovati nella cura di diversi infermi, alcuni dei quali, abbiamo potuto seguire e sincerarci della loro completa guarigione.

Casistica Clinica :

Rosa V. sarta, di anni 20, nubile, da Napoli.

Nulla di notevole nel suo gentilizio; i genitori sono viventi e sani, come pure altre due sorelle e due fratelli godono ottima salute.

Non ebbe a soffrire malattie degne di nota; solo nell'infanzia presentò un lieve esantema morbilloso che scomparve senza postumi.

Mestruata a 14 anni, le sue regole non seguirono un decorso normale per tempo e quantità di flusso.

Verso la metà del diciannovesimo anno incominciò ad avvertire una quantità di disturbi vaghi e non ben definiti.

Consultò varii medici di questa città; fece esattamente moltissime cure, ma sempre con esito negativo, fino allo scorso maggio del 1914, quando nuovi e più imponenti disturbi vennero ad aggravare le sue precarie condizioni organiche.

Violenti attacchi asmatici seguiti da profusi sudori; tachicardia imponente; crisi nervose accompagnate da pianto turbano i suoi verginei sonni, rendendo sempre più angosciosa la sua esistenza.

Avvilita e depressa si assoggetta alle cure che noi le suggeriamo; e qui effettivamente la Iodofosfarsina si dimostra efficacissima, rendendo più rari gli attacchi asmatici. Il tono vasale si ripristina, cessano i sudori notturni; l'ansia precordiale cede il posto ad un senso di benessere, i sonni divengono più tranquilli e l'appetito si ridesta.

Siamo al quarto flacone di Iodofosfarsina e già la giovanetta fa premura per ritornare alle ordinarie sue occupazioni.

Più importante e più istruttivo è questo secondo caso clinico in persona di un'altra giovanetta a nome Luisa M. da Melito (Napoli).

Nel suo gentilizio non vi sono fatti degni di nota; solo la madre in età giovanile ebbe a soffrire di convulsioni isteriche, mentre il padre ed i fratelli godono ottima salute.

A 13 anni fu affetta da infezione tifica, dopo la quale divenne irrascibile ed isterica anche lei.

Con la comparsa delle mestruazioni cessarono gli attacchi isterici, però le regole, che si presentarono verso i 14 anni, furono dolorose e non si seguirono mai ordinatamente.

Allo stato attuale l'inferma presenta disturbi di tachicardia accessionali con ansia precordiale; carattere irritabile; insonnia che la tormenta ogni notte, spesso accompagnata da incubo; grave clorosi con astenia rimarchevole.

Visitata da varii medici, le furono prescritte delle iniezioni di arseniato di ferro e bagni di mare, senza però ottenere risultato alcuno.

Il quadro clinico così prospettato ci fece pensare ad una clorosi tiroidea e quindi le somministrammo subito la Iodofosfarsina, e come ausilio le si ordinarono dei bagni ferruginosi caldi.

Questo trattamento le giovò tanto che in poco tempo i genitori la videro rifiorire.

Non meno importante ed istruttivo è questo terzo caso in persona di R. E. da Napoli, telefonista. Ha 26 anni, senza alcuna tara ereditaria. Colorito pallido, decadimento organico notevolmente accentuato, con lieve sviluppo glandolare. Viene spesso assalita da tachicardia della durata di due a tre ore circa. Le sue estremità si presentano fredde e spesso vanno soggette a torpore e indolenzimento. Frequenti metrorragie, si alternano a convulsioni epilettoidi con dolorabilità alla regione lombare. Nulla di morboso nell'apparato respiratorio nè cardio-vascolare. I riflessi prerotulei leggermente aumentati. Presenta inoltre stipsi ventrale con lieve forma dispeptica.

La sindrome fenomenica nella nostra inferma fa pensare senz'altro ad una insufficiente secrezione tiroidea, la cui deficienza turba l'alta funzione del sistema del gran simpatico, il cui destino fisio-biologico è tutt'altro che l'inerzia.

Anche qui, come nei due casi precedenti, facemmo ricorso alla Iodofosfarsina, la quale apportò tale un miglioramento all' inferma da far cessare per incanto tutta quella serie di turbe vasomotorie, iperestesie e convulsioni epilettoidi.

I quadri morbosi su esposti dànno una esatta valutazione delle proprietà terapeutiche acquisite dal nuovo prodotto, che risulta formato dall'unione dell' iodio, fosforo ed arsenico, mirabilmente incarnato nella Iodofosfarsina, la quale merita ulteriori esperimenti per una più vasta applicazione in terapia.

---

lui occorso di sinovite purulenta del ginocchio susseguente a puntura di uno spino, guarito rapidamente col metodo della marsupializzazione della sinoviale e della capsula; non però per un'estensione di soli 2-3 centimetri, ma di 5 centimetri abbondanti. P.

Riunioni medico-militari castrensi.

III Riunione - 30 settembre 1916.

Contributo allo studio delle lesioni craniche rispetto alla loro cura.

Il tenente medico Camera si associa alla pratica che riguarda l'intervento precoce nelle lesioni del tavolato osseo e di più egli ritiene consigliabile lo sbrigliamento di quelle ferite del cuoio capelluto, che non permettono di valutare le condizioni del decorso al semplice esame esterno.

Cita a questo proposito due casi da lui osservati. Un ferito proveniva da un posto di medicazione con semplice diagnosi di lesione delle parti molli del capo. Allo sbrigliamento della ferita si è riscontrata una screpolatura del tavolato esterno ed alla trapanazione un'estesa distruzione della lamina interna, contusione della dura ed un ascesso epidurale, in via di formazione.

L'altro caso riguarda un soldato, ferito sei mesi prima alla regione parietale, rinviato come guarito a far parte di una compagnia presidiaria. Venne ricoverato dopo qualche tempo dal suo ritorno, con emiplegia e sintomi cerebrali gravi. L'atto operativo ha dimostrato la presenza d'un ascesso sottodurale, formatosi attorno ad un pezzo di berretto, un focolaio di rammollimento encefalico della regione corrispondente e meningite diffusa purulenta della volta, il che venne poi confermato al tavolo anatomico.

Il capitano medico Scalone rileva l'importanza della casistica già riferita dal collega Sirtori e sopratutto il caso di lesione del lobo frontale di un lato che diede a prevalenza la sintomatologia corrispondente del lato opposto. Sappiamo che quando le lesioni sopratutto suppurative del lobo frontale si avvicinano alla circonvoluzione rolandica, entrano in iscena i disturbi sensitivo-motori ed in ciò nulla di strano; ma importante è la irritazione a carico del lato opposto e quindi la sintomatologia omolaterale della lesione medesima. Ricorda che in uno dei congressi della Società italiana di chirurgia, il suo compianto Maestro prof. D'Antona colla sua nota competenza nel campo della chirurgia cerebrale, spiegava la sintomatologia omolaterale delle lesioni cerebrali come un prodotto della irritazione meningea a distanza dal focolare nel senso che una lesione frontale e di qualunque altra zona del cervello possa irritare le membrane meningee in modo che da queste la irritazione si scarichi sulla sottostante corteccia delle circonvoluzioni del lato opposto alla lesione, donde la omolateralità, e ciò in contrasto al concetto del Mingazzini di Roma che in tali casi ammette un doppio incrocio di fasci e quindi una anomalia di altissimo grado, la quale non sembra corrispondere alla non eccezionale rarità di tale sintomatologia omolaterale. Ciò può accadere tanto più facilmente quanto più la lesione si avvicina alla linea mediana e quindi alla scissura interemisferica.

Come contributo alla cura delle suppurazioni cerebrali, fra parecchi casi occorsigli, ricorda il più recente, il quale attesta un fatto di grande importanza per il chirurgo nel senso che questi deve indirizzare il suo intervento nella zona dei disturbi anche quando la lesione traumatica sia molto distante da tale zona.

Un ferito alla regione bassa temporale di sinistra, entra nel suo Ospedale con fistola che arriva fino all'osso. Dopo otto giorni di degenza è colto da fenomeni meningei con convulsioni all'arto inferiore di destra estese man mano all'arto superiore. All'intervento si apre un vasto ascesso del lobo temporale. Però i fenomeni convulsivi non cedettero ed il ferito morì per meningite diffusa. All'autopsia si rinvenne meningite purulenta della volta; l'ascesso temporale completamente vuotato; esisteva invece una sacca del volume di una piccola noce a carico della porzione alta, in vicinanza della scissura interemisferica, della rolandica anteriore, aperta proprio nella scissura suddetta con lo scoppio della meningite diffusa.

Ciò ci dice che di fronte alle zone mute del cervello, ci sono quelle che hanno un linguaggio decisivo per la loro sede, dal quale bisogna farsi guidare, senza ricorrere alle ipotesi dei disturbi riflessi, che servono semplicemente a fuorviare l'indirizzo curativo. Così nel suo caso se i fatti meningei diffusi non fossero intervenuti tanto presto da frustrare qualsiasi atto operativvo secondario, si sarebbe dovuto intervenire con una seconda cranietomia proprio sul focolaio della rolandica, così come i sintomi di focolaio indicavano chiaramente.

Aggiunge poi che per la diagnosi dei casi

clinicamente muti la puntura esplorativa lombare può essere utile, allo scopo di riscontrare l'eventuale presenza di sangue che indicherebbe l'esistenza di uno stravaso sanguigno subdurale.

Il tenente medico CAMPORA GIOVANNI ricorda che in casi di ferita del capo, nei quali all'esame esterno appariva assai dubbia l'esistenza di una lesione ossea e mancavano d'altra parte sintomi generali di speciale rilievo, soltanto per la presenza di polso raro a tipo cerebrale venne consigliato l'intervento chirurgico, il quale mise in evidenza frattura comminuta del tavolato osseo interno con affondamento dei frammenti.

Insiste perciò sul valore di questo sintomo, che non manca quasi mai nelle lesioni traumatiche del capo di una certa entità, e sulla necessità di valutare sempre con diligenti esami tutti i fenomeni generali e speciali, anche all'infuori di quelli evidenti di moto, a cui può dar luogo una lesione cerebrale.

Riconosce sempre vantaggioso l'intervento precoce nelle lesioni craniche di guerra, specialmente per impedire o limitare con un pronto trattamento i processi infettivi, che complicano così frequentemente lesioni cerebrali, di per sè lievi.

Sulle anastesie generali di breve durata.

Capitano medico BAVIERA VINCENZO. — Comunica che negli interventi di breve durata (fino a sette o otto minuti) ha usato con grande vantaggio dei pazienti l'anestesia generale col cloruro di etile. La novità dell'uso non consiste certo nella sostanza adoperata, ma nella maniera di usarla.

Prima di ora veniva somministrato per anestesia generale il cloruro di etile con delle grosse fiale da 50 centimetri cubici e con delle maschere speciali di gomma complicate da valvole, che da un canto permettevano l'introduzione del cloruro, dall'altro servivano alla fuoruscita dell'aria espirata.

Il disserente ha usato invece le fiale che servono per l'anestesia locale e per maschera una comune compressa da medicatura a sei doppi applicata alla faccia. Si fa allora schizzare il cloruro di etile sulla parte compresa tra il naso e la bocca. In genere dopo che il paziente ha inspirato metà della fiala è perfettamente anestetizzato. L'altra metà serve per prolungare il sonno per alcuni minuti. Se l'atto operatorio dovesse durare ancora molto si somministra il cloroformio; il trapasso dal sonno etilico al cloroformico, avviene senza interruzione e senza il periodo di eccitazione.

Un vantaggio grandissimo del metodo è che qualunque persona può somministrare il narcotico perchè la quantità di chelene che fuoriesce dal tubo è appena sufficiente ad addormentare un uomo, ma non può essere mai letale, coll'uso della compressa, che permette la contemporanea penetrazione dell'aria atmosferica nell'inspirazione.

Se invece si usa la maschera di gomma a valvole, siccome penetra il solo cloruro di etile, il paziente viene ad essere sottoposto ad un'asfissia violenta e quindi ha un periodo di agitazione intensa prima del sonno, non respira ed il chelene versato si consuma inutilmente.

Il capitano medico MODIGLIANI aggiunge di avere adoperato tale metodo con vantaggio ed assicura che, quando vi fu nell'azione dell'agosto una enorme affluenza di feriti, affidò spesso la mansione di somministrare il chelene ad un infermiere, tanto era sicuro della innocuità assoluta del metodo.

Il maggiore medico LAGROTTERIA dice di avere assistito a parecchie narcosi generali eseguite con quel metodo semplice, rimanendo perfettamente convinto della bontà e della innocuità di esso.

C.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Nuovi segni della sciatica.

V. NERI (*Quaderni di Psichiatria*, 1916, n. 5-6) indica due nuovi segni, che egli ritiene possano valere sopra tutto nei casi sospetti di simulazione.

1° Si invita il paziente in posizione eretta a compiere movimenti indifferenti: per es. sollevare le braccia in alto, in avanti, ecc.; poi lo si invita a flettere il tronco in avanti, le braccia incrociate sul petto; e si osserva l'atteggiamento del tronco e degli arti inferiori.

Nella sciatica vera si osserva quasi sempre una notevole limitazione della flessione del tronco sugli arti inferiori. Se si invita il paziente a flettere ancora il tronco si constaterà che la flessione del tronco è maggiore sul lato sano e che esso tende a rotare verso il lato malato. Questo atteggiamento può essere sostituito dalla flessione dell'arto malato, restando esteso quello sano. Tanto nel primo che nel secondo caso può osservarsi l'innalzamento del tallone dell'arto malato e talvolta lo spostamento all'indietro dell'arto stesso. Mentre si compie questo movimento il tronco viene spostato sull'arto sano che lo regge quasi per intero, ed il malato accusa costantemente un vivo dolore in corrispondenza del foro d'uscita dello sciatico. Nella sciatica simulata la flessione del tronco si effettua in modo normale.

2° Spesso nella sciatica la flessione attiva e passiva del capo in avanti, se eseguita con una certa energia, risveglia un vivo dolore in corrispondenza del decorso dello sciatico malato, anzitutto al suo foro d'uscita. Se il malato è supino, si associano spesso al dolore provocato dalla flessione del capo, un atteggiamento caratteristico di difesa dell'arto malato (leggera flessione della coscia sul bacino e della gamba sulla coscia) e talvolta scosse cloniche dei muscoli delle natiche e contrazioni fibrillari. Il fenomeno è dovuto all'innalzamento del midollo ed allo stiramento in alto delle radici spinali dello sciatico.

De Sandro (*Rivista critica di Clinica medica*, 1916, nn. 43-44) descrive tre nuovi sintomi da lui constatati in cinque pazienti di sciatica.

1° *Il dolore gluteo da pressione del punto soprapopliteo:* una pressione sullo estremo inferiore del grande nervo sciatico, un po' prima della biforcazione in sciatico-popliteo esterno ed interno, provoca un vivo dolore sulla natica, sulla prima porzione dello stesso nervo alla sua uscita dalla grande incisura ischiatica e nel suo decorso tra ischio e grande trocantere. Il punto da comprimersi è precisamente un po' al di sopra dell'apice popliteo a un cinque dita trasverse al di sopra della piega cutanea trasversale. Il segno può ricercarsi in qualsiasi posizione si trovi il paziente, in piedi, in supinazione: è preferibile però ricercarlo dopo aver disteso il malato sul letto in pronazione o in supinazione.

2° *La rotazione all'esterno della gamba e piede o l'innalzamento del tallone nel cammino laterale:* durante il cammino laterale verso il lato colpito si ha rotazione all'esterno della gamba e del piede. Se si invita il soggetto a correggere tale rotazione, cammina col tallone innalzato; ma presto si stanca ed appoggia il tallone mentre riappare la rotazione esterna. Si tratta di un atteggiamento automatico preso dal paziente per attenuare le sofferenze, per difendersi dal dolore.

3° *Flessione dorsale delle dita del piede nella deambulazione:* camminando a piedi scalzi il paziente flette dorsalmente le dita del piede malato, specie l'alluce. Anche negli individui non affetti da sciatica le dita si presentano qualche volta dorsalmente flesse mentre il piede sta sollevato, ma appena lo si appoggia sul pavimento il leggero grado di flessione scompare. I pazienti di sciatica invece poggiano sul suolo, camminando, solo la pianta.

a. a.

La causalgia.

La causalgia (da kaudis, bruciore) consiste in una 'perestesia cutanea dipendente, secondo la dottrina più razionale, da una lesione traumatica del sistema simpatico degli arti. Il primo a identificare questa affezione fu il Weir-Mitchell, che ne constatatò parecchi casi nella guerra di secessione. Durante l'attuale guerra se ne sono verificati parecchi casi.

P. Marie ritiene che la forma dolorosa delle ferite dei nervi sia un modo di reazione proprio delle lesioni del mediano e dello sciatico. Meige e Benisty ritengono che la causalgia sia l'esponente di un'associazione di lesioni vascolari e nervose. Leriche (*Presse Médicale*, 20 aprile 1916) ha emesso l'ipotesi che si tratti di una nevrite del simpatico. La causalgia dà infatti la impressione di una serie di crisi vasomotrici dovute ad una lesione del simpatico e non ad una nevrite tronculare ascendente: detta impressione si ha dalla cianosi, dall'iperidrosi, dal tipo dei dolori e sopra tutto dal loro carattere parossistico. Poichè il simpatico nella

sua distribuzione segue sopra tutto il tragitto delle arterie, appare probabile che nelle ferite dei nervi complicate da ferite arteriose sia la lesione del plesso simpatico contenuto nella guaina vascolare che provochi la speciale sintomatologia. I disordini vasomotorî e dolorosi quindi, che compaiono qualche giorno dopo i fenomeni paralitici, vanno considerati come un effetto della neurite del simpatico. A conforto di questa ipotesi stanno: la topografia dei disordini vasomotorî che non coincide affatto col territorio del mediano, la natura dei disturbi stessi che non hanno nulla di simile a quelli provocati dall'obliterazione dell'arteria omerale; il fatto che la causalgia si osserva quasi esclusivamente quando esiste una lesione arteriosa concomitante, ossia una lesione del simpatico, o quando si tratta di un nervo che riceve un'arteria speciale (arteria del n. mediano, arteria del n. sciatico) che gli porta degli elementi simpatici.

Per provare la giustezza di tale ipotesi bisognava accertare se agendo sul simpatico periferico si riusciva a modificare la causalgia. Leriche infatti praticò la denudazione dell'arteria omerale e la escissione di tutta la sua guaina simpatico-cellulare per una estensione di circa 12 cm. in un caso di causalgia particolarmente spiccata.

Le condizioni del malato ne furono immediatamente modificate: i fenomeni dolorosi si attenuarono di molto, quelli vasomotorî scomparvero, ed il soggetto dopo circa tre mesi era del tutto guarito.

Dopo la descrizione di un caso analogo, trattato nell'identico modo, l'A. conclude affermando che la causalgia ed i fenomeni trofici che l'accompagnano sono di natura simpatica e non causati da obliterazioni vasali; che la cura di queste algie vasomotrici consiste forse nel modificare l'innervazione simpatica pervertita agendo sui plessi nervosi che si suppongono interessati. All'uopo si deve escidere per un certo tratto (7-10 cm.) la guaina cellulare periarteriosa dell'omerale in caso di causalgia da lesione del mediano, dell'arteria ischiatica o della femorale nel caso di lesione dello sciatico.

a. a.

TERAPIA.

Il trattamento delle scottature con sostanze a base di paraffina.

Nel numero di agosto degli *Archives de médecine et de pharmacie militaire*, il dott. Barthe de Sanfort riporta i risultati ottenuti nella cura di 300 scottature in soldati, con un metodo da lui preconizzato fin dal 1904. — Secondo quanto riferisce il *Medical Record* (30 dicembre 1916) tale metodo venne applicato nel 1907 da Toussaint e successivamente da Michaux, affatto recentemente Kirmisson ha presentato alla « Société de Chirurgie » diversi ustionati così trattati, per dimostrarne gli esiti favorevoli.

Il trattamento consiste nel lavare l'ustione con l'acqua sterile, asciugare, ed applicare uno strato di ambrina, poi un leggero strato di cotone e da ultimo un nuovo strato di ambrina.

A. I. Hull (*British med. Journ.*, 13 gennaio) riferisce che gli effetti sono sorprendenti: il dolore è ridotto al minimo, non si verifica mai sepsi; di più le ustioni guariscono molto rapidamente: anche in quelle molto estese le granulazioni si formano in breve tempo e di buona natura, sicchè si rendono inutili gli innesti. Gli osservatori che avevano larga consuetudine con gli altri rimedi (acido picrico, unguenti) sono concordi nel riconoscere che questo metodo è superiore agli altri e specialmente vi sono favorevoli quelli che hanno trattato gli ustionati dai lanciafiamme (getti di liquido infiammato).

L'ambrina è una sostanza del colore dell'ambra (donde il suo nome), a base di paraffina. La sua composizione è tenuta segreta, però dati i buoni risultati, si è tentato di riprodurla. Non si può sostituirvi senz'altro la paraffina dura, mancando della necessaria flessibilità ed adesività; quando però tale paraffina venga tenuta a 130° con vapore sovrariscaldato, acquista in parte la proprietà citata e fonde a temperatura alquanto più bassa. L'aggiunta di altre sostanze ne migliora le proprietà.

Il citato Hull dà la formola seguente per la paraffina che egli chiama n. 7:

Resorcina	parti	1
Olio di eucalipto	»	2
Olio di oliva	»	5
Paraffina molle	»	25
Paraffina dura	»	67

Si fonde la paraffina dura, vi si aggiunge la molle, e l'olio di oliva; a parte si scioglie la resorcina in poco alcool assoluto e si aggiunge; da ultimo, quando la massa è raffreddata a 55°, si aggiunge l'olio di eucalipto. Invece della resorcina si può aggiungere, soprattutto per ragioni economiche, del betanaftol (parti 0.25).

L'*applicazione* si fa alla prima medicatura; eccezionalmente si potranno dapprima eseguire, nelle ustioni molto settiche, dei fomenti all'acido borico per un paio di giorni. Si lava l'ustione con acqua sterile e si asciuga o con un pezzo di garza, o con un asciugatore elettrico (tipo per asciugare i capelli). Si applica poi uno strato della paraffina n. 7 a 50°: senza misure

termometriche ci si può regolare ad occhio, quando si vede formarsi sulla superficie fusa una leggera pellicola. L'ambrina invece si scalda a 125° e si applica a 70°.

L'applicazione può farsi con un comune spruzzatore — tenuto in acqua ben calda — o mediante un pennello. Si mette poi uno strato sottile di cotone ed un secondo strato di paraffina (o d'ambrina), poi dell'altro cotone e la fasciatura.

La medicazione si ripete giornalmente e solo negli ultimi stadî ogni 48 ore.

Alla prima medicazione non si tagliano le vescicole; alla seconda i lembi di pelle morta cadono spontaneamente; le escare si staccano dopo poche medicazioni.

Secondo Hull, i risultati ottenuti con la paraffina n. 7 hanno oltrepassato anche quelli avuti con l'ambrina e con altre preparazioni. Delle ustioni gravi ad entrambe le superficî palmare e dorsale delle mani sono guarite in tre settimane senza lasciare cicatrici deformanti; analogamente delle ustioni dovute a petrolio infiammato, cordite, ecc. Dei pazienti accolti in condizioni settiche si sono rimessi bene dai sintomi generali e la temperatura si è abbassata in pochi giorni. Il trattamento è quasi indoloro; l'A. l'ha applicato con successo anche in certi stadî di congelamento degli arti (piede da trincea).

Anche in Italia si fabbrica ora un tipo di ambrina, che è bianca e più fusibile dell'originale. *ini.*

L'agar agar per la medicazione delle ferite.

Loeper e Barbarin (*Paris méd.*, 23 sett. 1916) consigliano di applicarlo alle ferite, avviluppandolo nella garza. Questo materiale è molto compressibile, assorbe otto volumi di acqua e si dissecca con estrema lentezza. Il suo potere assorbente è tale che i microorganismi ed i leucociti vi si accumulano. Esso tiene dilatati i margini della ferita e, con la garza che lo riveste, forma un drenaggio perfetto. Gli Autori hanno trovato molto vantaggioso l'uso dell'agar-agar combinato col metodo Dakin-Carrel. Esso non costituisce un terreno di coltura per i germi. FIL.

L'azione emostatica della cefalina.

Gli studî di Howell hanno condotto alla scoperta che certi lipoidi esercitano un' azione tromboplastica. L'elemento mancante nel sangue che non coagula prontamente è la trombina utilizzabile, la quale, in presenza dei sali di calcio provoca la formazione di fibrina, che è la base del coagulo. Si è parlato di trombina *utilizzabile*, in quanto che l'elemento trombina esistente nel sangue può essere inibito p. e. da un'antitrombina, oppure ha bisogno di essere in certo modo *attivato*.

Indipendentemente da considerazioni teoretiche, è un fatto che certi tessuti o estratti di tessuti inducono la coagulazione; Howell dimostrò appunto che si tratta probabilmente di un fosfatide con le proprietà generali della cefalina. Sono state fatte delle esperienze pratiche con estratto etereo o con debole emulsione di cervello di bue in soluzione fisiologica; le emorragie dalle ossa, reni, muscoli, connettivo, prostata ed altre ghiandole sono facilmente arrestate con tal mezzo. Si capisce naturalmente che non sarà possibile arrestare il sangue da un'arteria tagliata, perchè la pressione arteriosa scaccia il coagulo, ma si potranno ottenere buoni risultati nelle ferite da punta.

Mc Lean ha studiato se tale proprietà si debba attribuire ad eventuali impurezze aderenti alla cefalinea o sia comune ad altri fosfatidi; ne è risultato che le impurezze non hanno influenza nella funzione tromboplastica e che altri fosfatidi non hanno affatto azione tromboplastica, che sarebbe in certo modo specifica della cefalina.

(*Journ. of Am. med. Assoc.*, 4 nov. 1916). FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(787) *Terreno di coltura a base di sali di piombo per la differenziazione dei bacilli del tifo.* — Al dott. F. C. da P.:

Quale terreno di coltura per la differenziazione del bacillo del tifo e dei bacilli paratifosi Lévy e Pasteur Vallery-Radot, nella *Presse Médicale* (1915 p. 420), indicano un terreno composto di agar peptonato cui si aggiunge (per ogni 10 cmc.) 4 gocce di soluzione di glucosio 30 % e 2 gocce di soluzione 5 % di sottoacetato di piombo. Si semina il germe da identificare per infissione nell'agar solidificato a cilindro o per diluzione nell'agar fluidificato a bagnomaria. Il bacillo del tifo sviluppa senza formazione di gas, imbrunendo o no il terreno. Il batterio del paratifo A dà formazione di gas senza imbrunire; quello del paratifo B dà formazione di gas e imbrunisce il terreno. Questi risultati utili per la diagnosi differenziale dei tre germi suddetti sono stati confermati, fra gli altri, da Nobécourt e Peyre (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1916, p. 813). L. d. V.

(788) *Contro il bruciore nella minzione nella cistite non blenorragica.* — All'abb. n. 5566:

La belladonna *per os* o sotto forma di suppositorii anali può contribuire a calmare il bruciore nella minzione. Molto utili sono i semicupi caldi, oppure le compresse ed i cataplasmi di seme di lino sulla regione vescicale e perineale. Naturalmente tutti questi non sono che rimedii sintomatici e bisognerà quindi ricercare la causa della cistite e combatterla nei modi consueti. V. MONTESANO.

(789) Il dott. Vito Caputo di Melissano (Lecce) vuol conoscere un buon testo (possibilmente esteso ed illustrato) di oto-rino-laringoiatria.

Opere sintetiche moderne, comprensive delle varie branche dell'oto-rino-laringoiatria, in Italia non ne abbiamo, se si eccettuino le lezioni di G. Gradenigo, *Patologia e terapia dell'orecchio e delle prime vie aeree*, Torino, Lattes, 1903, con 278 figure. Rimangono classici, sebbene parziali, i libri di E. De Rossi, *Le malattie dell'orecchio*, Napoli, L. Vallardi, 1884, e di F. Massei, *Patologia e terapia della faringe, delle fosse nasali e della laringe*, Milano, Fratelli Vallardi (2 vol.).

In Francia si hanno manuali della specialità in veste comoda e riassuntiva.

Così quello del Lannois, in due volumi, nella collezione Testut del Doin di Parigi, consigliabile; completato da quello di E. Escat, *Technique oto-rhino-laryngologique: Sémeiotique et thérapeutique*, Paris, Maloine, 1911. Per la parte operativa ottimo è il grosso tomo di G. Laurens, *Chirurgie oto-rhino-laryngologique*, Paris, Steinheil, 1906, con 470 figure.

Le indichiamo ancora:

1° *Malattie della bocca, della faringe e del naso* di Grünwald, trad. dott. Viganò, edito dalla Società Editrice Libraria di Milano, L. 17.

2° *Trattato di patologia e terapia delle malattie del naso, della cavità, orale*, ecc. di Bresgen, trad. dott. Fasano. Unione Tipografico-Editrice Torinese, L. 8.

3° *Compendio di oto-rino-laringo-faringoiatria*, di G. Garbini. Unione Tipogr.-Editr. Torinese, L. 8.50.

4° *Manuale di oto-rino-laringoiatria* di G. Bilancioni. Amministrazione giornale «Policlinico», L. 8. Az.

(790) Al dott. Giovanni Frisullo, abbonato n. 2802:

Il processo di laminectomia del prof. R. Alessandri è pubblicato per esteso negli Atti della Società Italiana di Chirurgia del 1906.

(Può chiederne un estratto all'A.).

R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

MAY-TROMBETTA. *Manuale delle malattie dell'occhio.* (3ª edizione tradotta ed annotata dal colonnello prof. E. Trombetta). Torino, Unione tipografico-editrice Torinese, 1916. Prezzo L. 14.

Cinquant'anni or sono gli editori non si rischiavano di pubblicare un trattato di oculistica, perchè a qualche ardito confratello erano rimaste invendute le copie del libro da lui edite, onde l'oftalmologia non era un affare da speculazione editoriale. Ciò perchè pochi eletti degnavano occuparsi dell'oculistica, rimanendo la massima parte dei medici estranei alle malattie oculari, e spesso si vantavano di non saperle riconoscere nè curare.

Oggi è mutato completamente l'indirizzo e la oculistica è divenuta la branca più gradita ai giovani medici e il sussidio migliore per il medico generico, nella diagnosi e cura delle malattie interne e nervose, e più ancora nella pratica degli infortuni e delle assicurazioni. La prova è fornita dallo smercio dei trattati di oculistica che avviene in Italia. Ed è spiacevole che un buon trattato italiano che soddisfi le esigenze del medico colto e dello studente non esista ancora fra di noi, onde i medici devono ricorrere ai riassunti, per lo più fatti da medici stranieri, e non sempre esenti di mende e di parzialità.

Un manualetto che ha avuto fortuna fra noi ed altrove, è quello del Dott. May che ha già raggiunto tre edizioni in pochi anni, ed a questa fortuna non è estranea la forma elegante che ha saputo darvi l'editore, e la ricchezza di figure e principalmente la bella riputazione del traduttore colonnello prof. Trombetta che ha colmato, come meglio non si poteva, le lacune del manuale nelle successive edizioni italiane.

In questa terza edizione la materia del libro è stata dal May rimaneggiata ed assai accuratamente annotata e completata dal Trombetta, con l'aiuto di un valente oculista militare, il maggiore Bucciante, onde la esposizione riesce schematica e chiara anche agli studenti, i quali, dopo aver seguito un corso universitario, trovano in questo manuale un prontuario prezioso per l'esercizio professionale.

In esso le malattie esterne hanno maggior estensione, perchè son quelle che interessano di più il medico; ma le altre parti e fra di esse la rifrazione, la terapia ed i rapporti delle malattie oculari con le malattie generali dell'organismo hanno ricevuto una trattazione sufficiente ai bisogni dello stdente e del medico pratico.

A tutti i capitoli sono annesse delle notizie precise, tratte dalla oftalmologia italiana, ed un intero capitolo è stato rifatto dal Trombetta con criteri esclusivamente pratici ed è quello della terapia nel quale i vari rimedi sono registrati con ordine e precisione onde in un momento è permesso al medico pratico, che non è molto esperto nel ricettario oculistico, ordinare le giuste prescrizioni.

Alla Casa Editrice Torinese va data ogni lode per la nitida edizione di questo manuale, che raccomandiamo ai lettori.

Dott. DE-MICHELE.

K. GOUGEROT. *La dermatologie en clientèle*. L. 15. A. Maloine et fils ed., Parigi.

È un trattato completo di dermatologia. Ha un indirizzo schiettamente pratico. Tutto ciò che è indispensabile per la diagnosi e la cura delle malattie cutanee vi è ampliamente trattato. L'altro, la parte ingombrante per un medico pratico, i dati dottrinali sono perfettamente trascurati per modo chi ha bisogno di una guida per l'identificazione delle singole entità nosografiche, un indirizzo per il trattamento trovi tutto e null'altro all'infuori di quel che gli occorra. Il libro è illustrato da 180 figure, di cui molte a colori, che riproducono a grandezza naturale le più tipiche affezioni cutanee, rendendo ancora più intelligibile il testo.

a. a.

W. G. POTER e P. MAC BRIDE. *Diseases of the throat, nose and ear for practitioners and students*. Bristol, J. Wright, 1916, di pag. 280, con 7 tavole a colori.

Raccogliere in meno di 300 pagine quanto interessa il pratico in fatto di oto-rino-laringologia è impresa così arrischiata, che può riuscire pericolosa: pericolosa alla fama dell'autore e alla coltura del medico, il quale, dalle sommarie descrizioni dello scrittore, può formarsi un concetto troppo semplicistico e però falso della materia.

Queste considerazioni valgono solo in parte per il libro in esame, che svolge in alcuni capitoli, in modo sobrio ed equilibrato gli elementi primi della disciplina che concerne la patologia delle prime vie aeree e dell'orecchio. Ma talora è insufficiente: come può parlarsi, senza cadere nel banale, in poco più di due pagine della difterite delle fauci e della laringe? Come può dimostrarsi l'importanza dal punto di vista dottrinale e pratico dell'angina di Vincent fermandosi su di essa per una ventina di righe di testo?

Le figure in nero, di solito ben riuscite, e specialmente le belle tavole a colori completano l'opera e sovente ovviano alle deficenze originarie del lavoro.

G. BILANCIONI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BOSCHI G. La neuropsichiatria e la guerra. Lettura inaugurale alle Riunioni Militari di Ferrara e Rovigo istituite dall'Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara. — Ferrara, 1916.

GILBERTI P. Dopo un anno di chirurgia di guerra. Impressioni personali e note sintetiche su 1753 ferite. — Clusone, 1916.

SONCINI E. Istituto Pro-Lattanti. Mantova. Preparazione civile. Resoconto morale ed economico dell'esercizio 1915. Anno X. (Conferenza). — Mantova, 1916.

Commissione centrale per le sistemazioni idraulico-forestali e per le bonifiche: I. Relazione della sottocommissione (A. Torri, N. Verdinois, G. Rossi, U. Mastellone) incaricata di riferire sulle questioni relative alla bonifica dello stagno di Licola. — II. Su alcune prove culturali eseguite nell'ambito della colmata di Licola. Relazione del prof. G. Rossi. — Roma, 1915.

BERTOLINI PIETRO. Per la riforma dell'assistenza ospitaliera. — Roma, 1916.

MARICONDA PAOLO. Sull'arteriosclerosi del tronco celiaco e suoi rami. — Roma, 1914.

VIVALDI MICHELANGELO. Note su alcuni casi di meningite cerebro-spinale. — Milano, 1916.

CITELLI S. Il mio metodo di auto-vaccinazione oncogena nella cura dei tumori maligni dell'uomo, e i risultati in parte favorevoli da me finora avuti (2ª nota preventiva). — Catania, 1916.

GANGI SALVATORE. Corpi stranieri vaganti nella pleura. — Milano, 1916.

RONCHETTI VITTORIO. Ancora sulla piastrinopenia da benzolo. — Genova, 1915.

BRUNI GAETANO. Dell'importanza diagnostica della reazione agglutinante nelle infezioni tifiche, paratifiche e colibacillari. — Milano, 1916.

ISNARDI LODOVICO. Cura delle ferite settiche di guerra coll'astensionismo. Osservazioni cliniche sopra 2300 feriti. — Torino, 1916.

United Fruit Company Medical Department. Annual Report, 1915. — Boston, 1916.

FEDERICI NICOLINO. — Contributo allo studio della epulide e delle malattie della pleura con essudato emorragico. — Milano, 1916.

VIVALDI MICHELANGELO. Un caso di sporotricosi. — Milano, 1916.

CIAMPOLINI ARNOLFO. Rischio professionale e rendimento utile degli operai invalidi che si riadattano al lavoro. (A proposito dei mutilati, degli storpi e dei monoculi della guerra). — Firenze, 1916.

CIAMPOLINI ARNOLFO. Epilessia da spavento? Note critiche. — Castiglione Fiorentino, 1915.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione Nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla Vigilanza Igienica.

ASSEMBLEA GENERALE.

Il 31 gennaio u. s. si è riunita in Roma l'assemblea generale ordinaria della Federazione, per discutere gli affari di ordinaria amministrazione ed adottare risoluzioni in merito al programma d'azione.

Erano tra i presenti il prof. Tito Gualdi (Roma), Presidente della Federazione, l'on. dott. U. Brunelli (Castelbolognese), il prof. Salmi (Livorno), il prof. Cutolo (Napoli), il prof. Mariotti (Roma), i dottori Rainaldi (Roma), Cingolani (Vergato), Bari (Lecce), De Plato (Aquila), Palomba (Roma). segretario della Federazione; erano rappresentati inoltre, a mezzo di altrettante deleghe, il professor Silvagni (Bologna), Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, i dottori A. Grassi (Secondigliano), Ragazzi (Genova), Mattioli (Casalecchio di Reno), Braccini (Nocera-Umbra), Bevilacqua (S. Cipriano d'Aversa), Bono (Bologna), Bricchetto (Busto Arsizio), Insinna (Bari).

Assisteva alla riunione l'egregio avv. Selvaggi, consulente onorario dell'organizzazione.

Alle ore 15 il presidente prof. Gualdi, dichiarata aperta l'assemblea in 2ª convocazione, rivolge un affettuoso saluto ai convenuti, compiacendosi del numero legale raggiunto malgrado l'eccezionale momento e nonostante il disagio di un non breve viaggio cui la maggioranza dei colleghi dovè sobbarcarsi, il che è nuova prova dello spirito di abnegazione e disciplina che anima i rappresentanti delle Associazioni Federate, e costituisce la miglior promessa per la vitalità e fattività della Federazione.

Eseguita la verifica dei poteri viene per acclamazione designato a presiedere l'assemblea l'onorevole dott. Brunelli, il quale accetta e ringrazia iniziando senz'altro la discussione dell'ordine del giorno.

Il presidente della Federazione prof. Gualdi espone la *relazione morale,* dettagliatamente enunciando l'opera svolta dalla Presidenza a tutela e difesa degli interessi morali ed economici della classe e dei singoli soci.

Rileva come per doveroso senso di patriottismo e disciplina fu sospesa ogni agitazione in merito ai più importanti e vitali problemi di vigilanza igienico-sanitaria, ai quali però la classe, e individualmente e nella sua collettività, non mancò di dare, in pratica, la sua più attiva e fattiva collaborazione al supremo fine della difesa e del miglioramento igienico del paese. Ciò il governo non può disconoscere e dovrà rammentare, convincendosi della necessità di elevare la posizione giuridica e morale del personale addetto alla vigilanza igienica.

Dopo aver accennato alle questioni generali già da tempo propugnate dalla Federazione, alla necessità di perfezionare l'organizzazione sanitaria locale ad integrazione di quella centrale, ai nuovi oneri affidati con recenti Decreti Luogotenenziali agli U. S., ed alla indispensabile riforma della Cassa di Previdenza per cui la classe s'agita da lungo tempo, il prof. Gualdi chiude, applaudito, la relazione coll'augurio che questo nuovo anno sia foriero di fausti eventi e di nuove conquiste per l'igiene e la sanità pubblica.

A quella morale segue la *relazione finanziaria.* L'una e l'altra riscuotono l'unanime consenso dell'assemblea.

Questa accetta ed approva due ordini del giorno presentati dalla Società del personale tecnico dei Laboratori in merito alle *analisi sulla molitura del frumento e sulla panificazione,* dal Ministero affidate ad Istituti che, per loro natura, hanno competenze affatto diverse, ed alla *compilazione delle norme obbligatorie per le analisi ed i giudizi sulle sostanze alimentari,* affidando alla Presidenza Federale l'incarico di presentare tali voti alle competenti autorità.

Dopo aver animatamente discusso l'importante problema della *disciplina ed economia dei consumi,* che nel presente momento s'impone, ed aver rilevato l'insufficienza del programma finora attuato, i convenuti riconoscono che la Federazione del personale addetto alla vigilanza igienica del Regno non può disinteressarsene, ma deve, nella sua competenza, collaborare a quest'opera patriottica dimostrando e diffondendo le ragioni tecniche ed igieniche dei provvedimenti che verranno adottati.

All'unanimità si procede, seduta stante, alla nomina di una Commissione composta del prof. Gualdi, dell'on. dott. Brunelli e del prof. Salmi, coll'incarico di officiare il Comitato Ministeriale per la disciplina dei consumi ed offrire l'opera degli ufficiali sanitari e del personale degli Uffici d'Igiene e dei Laboratori municipali, prendendo accordi sui mezzi e sull'indirizzo della propaganda da volgersi alla finalità unica di far convergere tutte le forze e tutti i mezzi che il paese può fornire in appoggio dell'azione militare che deve assicurarci la vittoria.

L'assemblea dopo ciò si scioglie con l'invio di un affettuoso augurale saluto ai colleghi che trovansi alla fronte ed al valoroso esercito italiano.

***

La mattina del 1° c. m. la Commissione sopraindicata, unitamente al Segretario Federale dott. G. Palomba ed al consulente onorario avv. Selvaggi, è stata cordialmente ricevuta da S. E. il ministro Comandini, il quale ha formalmente assicurato

che il governo intende sopratutto valersi dell'opera degli ufficiali sanitari, cui sarà presto inviata direttamente una circolare sulla propaganda da effettuarsi per l'economia dei consumi.

L'illustre parlamentare ha ringraziato la Federazione dell'offerta collaborazione incitando tutti a contribuire con la parola e con i fatti alla razionale disciplina dei consumi, utile tanto nel presente eccezionale momento quanto, e più ancora, nel periodo che seguirà alla guerra, la quale oltre alle altre conquiste varrà a risolvere alcune delle più importanti e vitali questioni igienico-sociali.

La Commissione, pienamente soddisfatta delle assicurazioni ricevute, prese commiato, e per tradurre senz'altro in pratica il mandato ricevuto dall'assemblea, deliberò che la Presidenza Federale avrebbe d'ora innanzi seduto in permanenza, aggregandosi qualche collega di speciale autorevole competenza, per dirigere e coordinare l'azione di propaganda per l'economia dei consumi, avvalendosi dell'opera delle Associazioni Federate e di quella dei singoli soci sparsi in tutti i Comuni del Regno.

Il Segretario
Dott. G. PALOMBA.

Sui medici inscritti negli Ordini. — Il dottor Luigi Dori di Pavia ci comunica:

A proposito dell'articolo pubblicato sul n. 2, pagina 63, riguardo ai medici italiani, conviene di far osservare che la città che si presume abbia il maggior numero di medici è Pavia. L'ordine di quella provincia conta 346 medici e 110 medici esercenti nella città che conta circa 40.000 abitanti, con una proporzione quindi di un medico ogni 363 abitanti.

Notando però che Pavia ha circa 18.000 abitanti che usufruiscono dei sette medici comunali — ed hanno pure medici gratuiti — ne risulterebbe che resta un medico per poco più di 200 abitanti.

Aumento di onorari medici in Francia. — Nella sua assemblea generale annua tenuta il 26 novembre u. s. il Sindacato dei medici della Senna ha deliberato che gli onorari medici verranno in avvenire aumentati del 25 % per tutti i clienti la cui situazione finanziaria non risente danno dalla guerra.

Dal *Paris Médical,* 20 genn. 1917.

Aumento di onorari medici in America. — I medici di Chicago, in vista degli aumenti continui del costo della vita, hanno deliberato di raddoppiare gli onorari delle visite comuni e di aumentarli per quelle notturne. La nuova tariffa resta così fissata: visita ordinaria tra le 8 ant. e le 5 pom. dollari 3; tra le 5 e le 9 pom. dollari 4; tra le 9 pom. e le 8 ant. dollari 5 (franchi 15, 20 e 15 rispettivamente).

Dal *Medical Record,* 20 gennaio 1917.

In preparazione:
Numero monografico sull'ittero epidemico.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6716) *Dispensa dalla chiamata alle armi.* — Dott. L. B. da A. — Essendo unico medico condotto nel Comune può ottenere la dispensa dalla chiamata alle armi nel caso che fosse chiamata la classe 1871, cui appartiene e nella nuova visita da riformato fosse dichiarato abile ed arruolato. La relativa istanza deve essere fatta dal Sindaco al R. Prefetto della Provincia, presidente della Commissione provinciale incaricata di tali dispense ed in essa dovranno essere specificati i motivi per cui si ritenga l'opera di Lei indispensabile ed insostituibile. Tale domanda dovrà essere fatta non appena dichiarato abile o pubblicato il manifesto per la chiamata sotto le armi.

(6717) *Trattamento economico dei richiamati sotto le armi.* — Dott. G. B. B. da P. F. — Effettivamente un solo stipendio si può percepire. Quello, cioè, maggiore fra il militare ed il civile. Ella però, non avrebbe avuto alcun obbligo di prestare contemporaneamente diversi servizii. Veda, se possibile, in vista del maggior lavoro da Lei effettivamente prestato, venire ad un bonario componimento con le amministrazioni degli Istituti civili affinchè, considerato l'onere che avrebbero dovuto sopportare se Ella si fosse negato a prestare servizio, Le concedino, sotto forma diversa o come gratificazione, tutto o parte della somma che sarebbe tenuta a restituire.

(6718) *Pensioni od indennità.* — Dott. G. G. da G. S. — Dovendo lasciare il servizio per infermità non contratta nell'esercizio della carica ha diritto alla indennità ragguagliata ai due terzi del valore nominale della pensione teorica che Le competerebbe con le norme da stabilirsi nel regolamento che non ancora è stato pubblicato.

(6719) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. F. D. da M. — L'esonero da Lei ottenuto nel maggio scorso seguita ad aver valore anche quando venisse eventualmente chiamata la classe cui appartiene, giacchè questa, per riguardo ai medici ed ai chirurgi, già si trova sotto le armi. La carica di Presidente della Congregazione di Carità non dà diritto ad esonero per la chiamata alle armi. L'aver quattro figli potrebbe dar diritto a dispensa come lo ha dato in occasione della chiamata alle armi dei militari delle classi 1875 e 1874.

(6720) *Periodo di prova. - Chiamata sotto le armi. - Effetti.* — Dott. I. D. P. da C. — Per effetto del D. L. del 21 aprile 1916, n. 533, il personale sanitario alla dipendenza dei Comuni dal giorno della chiamata alle armi e finchè presta servizio militare non può essere licenziato, restando sospeso, per tutta la durata del servizio medesimo il decorso della nomina, del periodo di esperimento e dei termini per il licenziamento. Il versamento del contributo alla Cassa Pensioni ha effetto solo per la pensione e non ha influenza di sorta sulla decorrenza del periodo di prova.

(6721) *Consorzio sanitario. - Costituzione di ufficio. - Effetti relativi al medico condotto.* —

Dott. A. B. da M. — Estendendosi il servizio sanitario, per effetto del costituito consorzio, ad altro comune, è logico che diventi medico consorziale il sanitario che già serve stabilmente uno dei Comuni medesimi, e ciò tanto maggiormente ora che i concorsi sono sospesi e che, quindi, riesce molto difficile avere un medico che possa corrispondere alle esigenze del gravoso servizio. Anche in tempo di guerra si può pronunziare il licenziamento di un medico condotto, che non sia però, sotto le armi. In caso di licenziamento non Le competerebbe alcuna speciale indennità, perchè questa è dalla legge prevista solo pel caso dello scioglimento di un consorzio e non per quello della sua costituzione. Ripetiamo, però, che Ella non può essere licenziata, e, tenuto conto dello spirito della legge e della necessità che ha imposto la costituzione coattiva del consorzio, sarà il medico predestinato a servire entrambi i Comuni.

(6722) *Prime immediate cure in caso di infortunio. - Carne macellata fresca. - Certificato.* — Dott. A. B. da R. — Al medico condotto che presta le prime immediate cure in caso di infortunio compete pagamento a carico della impresa. Non compete compenso speciale per il prosieguo della cura, qualora l'infortunato risulti inscritto nell'elenco dei poveri. Non monta che l'ospedale abbia dimesso l'infermo prima della sua completa guarigione, perchè il condottato avrebbe avuto l'obbligo di curarlo ancorchè non fosse stato mai ricoverato nella casa di salute. Stando alla disposizione contenuta nel capitolato ha diritto a compenso per il certificato rilasciato allo scopo di permettere l'uscita dal Comune di carne macellata fresca.

(6722-*bis*) *Vendita di specialità medicinali.* — Dott. A. B. da R. — Le specialità medicinali sono ritenute prodotti farmaceutici a dose e forma di medicamento e, quindi, non possono essere vendute che dal farmacista a seguito di relativa prescrizione del medico. Dette specialità non si possono vendere nè dai droghieri nè dal medico condotto senza incorrere nella contravvenzione prevista e punita dall'articolo 53 della vigente legge sanitaria.

(6723) *Infortunio nell'esercizio professionale. - Compenso.* — Dott. C. G. da P. — Il Comune non è obbligato a corrispondere alcun compenso al proprio medico condotto che nell'esercizio delle proprie funzioni scivola e si produce una lussazione alla spalla. Durante la licenza straordinaria per infermità ha diritto, limitatamente al tempo prescritto dalla legge, allo stipendio del solo Comune in cui era titolare e non anche a quello degli altri Comuni in cui prestava servizio a scavalco.

(6724) *Congedo. - Compenso.* — Dott. G. B. B. da D. — Stando a quanto tassativamente dispone il capitolato in vigore costà, riteniamo anche noi logico che abbia il compenso prestabilito nel caso che il mese di congedo non sia stato rifiutato per propria volontà dal medico condotto, ma che sia stato negato dal sig. Prefetto della Provincia in nome di un supremo e generale interesse. Qualora il Comune insista nel suo rifiuto, può adire la via giudiziaria, citandolo a comparire dinanzi l'autorità competente per ragione di valore e di territorio.

(6725) *Certificati di povertà. - Rilascio.* — Dott. R. C. da M. — I certificati di miserabilità, al pari di tutti gli atti notorii in genere, sono rilasciati, a mente della vigente legge comunale e provinciale, dal Sindaco del Comune. Per gli effetti legali non hanno alcun valore quelli rilasciati dal Parroco e vidimati dal segretario comunale. È indubitato che colui al quale si rilascia il certificato di miserabilità deve essere inscritto nell'elenco dei poveri, altrimenti si avrebbe il non senso di dichiarare povero chi non fu ritenuto tale per la cura e l'assistenza sanitaria e, magari, anche per le medicine. Il certificato in parola può essere redatto anche con formula generica dichiarandosi tal di tale povero sotto ogni riguardo.

(6726) *Sostituzione di collega chiamato sotto le armi. - Compenso.* — Dott. abbonato 4169. — È giusto e logico che a Lei che compie doppio servizio, cioè il proprio e quello del collega sia corrisposto uno speciale adeguato compenso. Se per sua generosità non intenda pretendere il cumulo degli assegni destinati ai due sanitarii, come pur molti hanno ottenuto, può aver sempre diritto a congrua gratificazione. Faccia analoga domanda al Consiglio Comunale e siamo sicuri che otterrà l'intento. A conseguire il maggiore compenso non è di ostacolo l'esonero ottenuto, perchè questo non obbliga il sanitario che a fare il suo servizio normale e non anche quello di colleghi assenti.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare.

Al dott. F. S., Zona di Guerra:

Nessun diritto in base alla chiamata della classe, essendo stato il collega già precedentemente mobilitato.

Trascorso un anno in zona di guerra, potrà piuttosto far domanda di essere avvicendato, data la sua età.

Naturalmente l'avvicendamento sarà sempre subordinato alle esigenze del servizio.

Al dott. G. S., da O.:

Avrà diritto alla promozione dopo un anno di servizio purchè quattro mesi siano stati compiuti in zona di guerra qualunque sia la *linea* a cui verrà destinato.

Potrà poi aspirare a tale promozione solo dopo che saranno stati promossi gli ufficiali effettivi di pari anzianità.

Se però non verrà dichiarato idoneo ad incondizionato servizio non verrà proposto per l'avanzamento.

Al dott. G. F., da O.:

Anche i medici inabili ai servizi mobilitati dovranno andare in zona di guerra; ma solo quelli delle classi 1884 e più giovani.

M. G.

Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie.

Ordine dei medici della Provincia di Roma.

Al nuovo appello, che l'Ordine di Roma ha diretto ai propri iscritti, hanno risposto con fraterna sollecitudine i colleghi:

Cassieri Mario	L.	10
Bartera Umberto	»	20
Ballerini Enrico (2ª offerta)	»	50
Mariotti Ugo (2ª offerta)	»	15
Venere Ernesto (2ª offerta)	»	15
Arcangeli Arnaldo (2ª offerta)	»	15
Cipollone Tommaso	»	10
Balducci Ilario	»	25
Castellani Cesare	»	10
Colangeli Armando	»	10
Paganini Giulio	»	10
Cataldi Pasquale	»	5
Mencacci Achille	»	10
Grandori Cesare	»	5
Villa Achille (2ª offerta)	»	50
Istituto Nazionale Medico Farmacologico, a mezzo del Presidente, prof. Serono	»	500
Nicolai Claudio	»	10
Angelini Achille (2ª offerta)	»	20
Martelli Ludovico	»	5
Osti Anselmo (offerta mensile)	»	5
Sprega Giulio (2ª offerta)	»	5
Satriani Filippo	»	5
Di Marco Antonino	»	5
Figoli Fausto Torquato (2ª offerta)	»	5
Cantalamessa Carboni Lauro	»	10
Lugli Augusto (2ª offerta)	»	10
Totale	L.	840

(*Continua*).

A causa dello sciopero tipografico, siamo stati costretti ad inserire nel fascicolo scorso un lavoro di cui l'A. non aveva ancora riveduto le bozze: T. PONTANO, *La cura delle ferite craniche di guerra*.

Vi si sono insinuati alcuni errori e cioè:

a pag. 165, col. destra, linea 7-ultima, leggere: oculomotori;

a pag. 166, col. sin., linea 11ª, leggere: 0.5 %;

a pag. 166, col. destra, linea 16ª, leggere: sistema nervoso;

a pag. 170, col. sin., linea 2ª e 3ª, leggere: sgorbiamento;

a pag. 173, col. sin., linea 28ª, leggere: in quattro nostri casi (osserv. da I a IV) è mancata...

a pag. 173, col. sini., linea 35ª, leggere: 29;

a pag. 173, col. destra, linea 11ª, aggiungere: Per questi casi a noi è bastato l'avere evitato le complicanze infettive.

NOTIZIE DIVERSE.

Concorso nazionale della protesi.

Sotto gli auspici dei Ministeri degli Interni e della Guerra, con l'alto patronato della Federazione Nazionale dei Comitati di assistenza ai soldati mutilati e della Croce Rossa Italiana, è aperto il Concorso Nazionale della protesi indetto dall'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Sono invitati a parteciparvi: gli autori di opere e di innovazioni scientifiche che interessano il problema della protesi; gli inventori ed i costruttori di apparecchi protetici e di applicazioni che facilitino la cura, il lavoro e la vita del mutilato; i produttori di materie prime, di utensili e di confezioni speciali che servano alla lavorazione ed alla finitura delle protesi.

Per gli autori di opere e di innovazioni scientifiche il Concorso resterà aperto a tutto il giugno 1917; per gli inventori, i costruttori ed i produttori avrà termine con una Esposizione in Bologna durante il marzo 1917.

Fra i migliori concorrenti, per deliberazione della Giuria, saranno distribuite, oltre che medaglie ed onorificenze, premi dell'importo di lire 50,0d0.

Il Regolamento del Concorso e dell'Esposizione viene spedito a chi ne faccia richiesta all'Istituto Ortopedico Rizzoli, con avvertenza che si è riconosciuto opportuno, nell'interesse dei concorrenti, di prorogare al 15 febbraio il termine utile per trasmettere la scheda di partecipazione al Concorso, e al 25 dello stesso mese il termine per presentare il materiale da esporre.

Poichè il progetto di legge a favore dei mutilati di guerra ha riconosciuto ufficialmente doversi includere in detta categoria di feriti anche coloro che hanno sofferto gravi lesioni bucco-facciali a carattere permanente, è apparsa evidente l'opportunità che al Concorso, il quale dapprima aveva per oggetto soltanto la protesi degli arti, fosse aggregata una sezione per la protesi bucco-facciale.

L'integrazione verrà ad attestare la piena, cordiale solidarietà di opere e di intenti delle diverse Istituzioni preposte alla cura e all'assistenza dei mutilati considerati nella loro più larga significazione.

Ogni chirurgo ed ogni meccanico, che si sia interessato direttamente o indirettamente alla cura dei feriti alla faccia o alla bocca, comprenderà la grandissima importanza della nuova Sezione del Concorso-Esposizione di Bologna.

Per una nave-ospedale austriaca silurata.

L'«Agenzia Stefani» ha diramato un comunicato in cui è detto:

Il Governo austro-ungarico, per giustificare la inumana condotta dei suoi sommergibili verso le navi mercantili alleate, nella Nota rivolta agli Stati Uniti, protesta per l'affondamento da parte delle forze alleate di navi-ospedali e piroscafi austriaci in Adriatico.

La nave-ospedale cui accenna la Nota austro-ungarica è l'*Electra,* il cui siluramento avvenne in circostanze eccezionali di luce che non permisero di scorgere i colori distintivi. L'errore fu tanto più possibile in quanto l'*Electra* navigava senza la bandiera stabilita dalla convenzione di Ginevra. La nave non fu sommersa, nè subì gravi perdite di personale: si ebbero un marinaio morto e due infermiere ferite.

Il Governo alleato, cui apparteneva il sommergibile aprì una inchiesta in proposito, deplorando vivamente l'accaduto, e si riserbò di prendere tutti i provvedimenti ritenuti necessari per evitare il ripetersi di errori simili. Di ciò fu a suo tempo informato lo stesso Governo austro-ungarico.

Alla società medica-chirurgica di Bologna.

È stata diramata la seguente circolare:

« Al fine di assicurare la continuazione della pubblicazione del proprio organo scientifico, il « Bullettino delle Scienze Mediche », la Commissione Amministrativa della Società Medica Chirurgica di Bologna nell'adunanza del 31 ottobre 1916 prendeva le seguenti deliberazioni, che, a cominciare dal gennaio 1917, avranno vigore durante il periodo di guerra e fino a che perdurerà la crisi della carta.

1° Per il « Bullettino delle Scienze Mediche non si devono superare nell'anno 36 fogli di stampa.

2° I lavori dei Soci ordinari della Società Medica Chirurgica di Bologna non devono oltrepassare le pagine venti (figure comprese); quelli dei soci corrispondenti le sedici pagine; quelli dei non soci le otto pagine. Questi limiti possono essere superati nel solo caso che gli autori assumano a loro carico le eccedenze di spesa.

3° I lavori in collaborazione si considerano come fatti da un solo autore.

4° Per gli estratti, quando non vi siano figure, si userà carta di minor prezzo, e il loro numero è ridotto a 50 per i soci e a 30 per i non soci.

Mentre molti periodici italiani ed esteri, anche di grande tiratura, hanno sospeso le pubblicazioni o hanno ridotto il numero delle pagine, la nostra Società Medica Chirurgica ha ritenuto utile e decoroso mantenere viva la pubblicazione del proprio organo, che fra i giornali medici d'Italia è il più antico, contando ottantotto anni di vita ininterrotta.

La Redazione ricorda qui le raccomandazioni fatte, in questo momento eccezionale, da autorevoli periodici medici di varie nazioni.

« I medici, che non hanno nulla di notevole da « dire, si astengano dallo scrivere: gli altri si li- « mitino ai dati essenziali, sopprimendo i dettagli « inutili, le lunghe introduzioni storiche, le cita- « zioni di quanto già si trova nei trattati, le lun- « ghe citazioni bibliografiche, spesso inutili: siano « stringati e sobrii ».

La Redazione del « Bullettino delle Scienze Mediche » si atterrà rigorosamente, come di dovere, alle prescrizioni dettate dal Consiglio d'Amministrazione della Società, ed i soci chiarissimi, ne siamo certi, saranno ossequenti alle norme date nell'interesse comune e della Scienza ».

Il redattore-capo
Prof. RAFFAELE GURRIERI.

Nella stampa medica.

Le « Cronache di Medicina Politica e di Assistenza sociale » sono dirette dal dott. G. Santo. Ne è uscito il 4° fascicolo.

La « Médecine thermale et climatique » è pubblicata a Bordeaux dal dott. Sellier. Si occupa dell'idrologia francese.

Auguri.

La spedalità dei militari dementi.

La Deputazione Provinciale di Como ha deliberato di aderire alla proposta della consorella di Campobasso diretta ad ottenere che le spedalità dei militari dementi riformati dal servizio debba essere a carico dello Stato.

Una miniera di sali di potassa in territorio italiano.

Il rincaro dei sali di potassa, forniti pressochè solo dalla Germania, fa ricordare al *Bollettino Chimico-Farmaceutico* che abbiamo in territorio nostro una miniera di tali sali non ancora sfruttata.

La miniera, la cui estensione e potenzialità non si conoscono con precisione ma sembrano considerevoli, si trova a 60 chilometri dalla costa di Assab, ove costituisce una parte del cosidetto Pian di sale, vasta pianura già fondo di un mare interno, così chiamata perchè formata da terreno ricco di sale marino.

Su questa pianura, ove non piove mai e ove la temperatura oltrepassa i 50°, manca ogni segno di vita, manca flora, fauna e popolazione umana; verso la montagna scendono dall'Etiopa gli indigeni a raccogliere sale da cucina che trasportano nell'interno dopo averlo in parte foggiato a cubi che vengono adoperati come monete.

Il signor Adriano Pastori di Padova ha portato in Italia campioni di minerale. A quanto assicura il dott. Vecchia nel *Coltivatore,* lo sfruttamento della miniera sarebbe facile ed economico. Lo strato salino è superficiale e non si tratta altro che di separare i vari strati per scegliere il minerale più ricco. Il trasporto sarebbe pure facile attraverso una pianura sabbiosa su cui presto fatta sarebbe la sede stradale di una ferrovia economica. Sul posto pare ci sia anche petrolio; in tal caso si avrebbe presso la miniera anche il combustibile necessario per le locomotive.

Le donne nell'Università di Edimburgo.

Il Consiglio Accademico dell'Università di Edimburgo ha deciso di ammettere le donne ai corsi di medicina e chirurgia, mentre otto anni or sono si era pronunziato in senso contrario: il voto attuale sembra una conseguenza della guerra, che ha ridotto moltissimo il numero degli studenti di medicina.

Per i mutilati della guerra.

È stato presentato al Consiglio di Amministrazione dell'Istituto Ortopedico Ravaschieri di Napoli, dal direttore prof. A. Curcio, ed approvato, il seguente ordine del giorno:

« L'Istituto Ortopedico Ravaschieri in conformità dei provvedimenti delle Opere consimili in Italia e della sua finalità scientifica e benefica può concorrere al doveroso aiuto a pro' dei mutilati per la guerra in modo molto efficace, dopo gli aiuti che ad essi sono prestati dallo Stato e dagli speciali Comitati, mercè i seguenti provvedimenti:

1. Destinando con le disponibilità di bilancio una somma quale premio per la più importante invenzione scientifica italiana diretta a migliorare la costruzione degli arti artificiali;

2. Costruendo nelle proprie officine a prezzo di puro costo gli apparecchi ed arti artificiali che venissero richiesti direttamente dagli storpi e mutilati della guerra, in più od in sostituzione di quelli da essi ottenuti dallo Stato, facilitando all'occorrenza il pagamento con modeste rate mensili;

3. Aprendo una pubblica sottoscrizione per la concessione gratuita di arti lavorativi a quei mutilati che ne siano sprovvisti, nonchè per le riparazioni gratuite degli apparecchi a tutti gli amputati delle provincie meridionali continentali ».

Il Consiglio,

considerato che l'Istituto per la sua finalità scientifica e caritatevole non deve rimanere indifferente ed estraneo nelle provvidenze dovute ai gloriosi mutilati per la guerra, ma può intervenire molto efficacemente incoraggiando gli studi sull'importante argomento della protesi e facilitando le forniture complementari degli apparecchi e le necessarie riparazioni di essi quando saranno espletati i benefici aiuti che in primo tempo ai mutilati forniscono lo Stato ed i Comitati speciali;

considerando che la pubblica sottoscrizione, che dovrà aiutare l'attuazione di tale importante e benefico programma della Pia Opera, per le garenzie scientifiche e morali della Istituzione e per l'evidente e diretto beneficio che ne ritrarranno i mutilati darà a tutti il modo di concorrere alla guerra senza che sia possibile alcun pretesto di scetticismo o di diffidenza;

considerando, per quanto riguarda l'importante concorso della Pia Opera, che tali provvedimenti rispondono alle proprie disposizioni statutarie, al fine dei sussidii che l'Istituto ricava dalla pubblica beneficenza, alle sue tradizioni ed alle necessità del momento, all'unanimità

Delibera:

1. Di approvare il detto ordine del giorno e di dare ad esso la maggiore diffusione per cognizione degli interessati;

2. Di destinare la somma di L. 2000 prelevandola dai bilanci 1917-18, previa autorizzazione tutoria, per l'assegnazione di un premio da concedersi per la più importante invenzione italiana per il miglioramento della protesi riservandosi di stabilire e pubblicare le norme per tale concorso;

3. Di iniziare la pubblica sottoscrizione con la somma di L. 1000 da prelevarsi dal capitolo del bilancio *apparecchi gratuiti* e raccomandare la detta sottoscrizione alle pubbliche amministrazioni ed alla beneficenza pubblica riservandosi di studiare il modo più adatto a rendere noti e dimostrati i benefici effetti di tale iniziativa a pro' delle vere vittime della guerra;

4. Delega per l'attuazione di tale deliberato il Direttore Sanitario prof. Curcio per la parte tecnica ed il Governatore conte Michele Zezza per la parte amministrativa.

Il Presidente: GERARDO CAPECE MINUTOLO DI BUGNANO.
Consiglieri: Ing. cav. ACHILLE SCOCCHERA; cav. avv. GIUSEPPE LUCIANI; prof. comm. ATTILIO CURCIO; conte MICHELE ZEZZA.

Corsi di medicina militare agli Stati Uniti.

Dai giornali medici degli Stati Uniti si rileva come si moltiplichino colà i corsi di medicina militare, i quali sembrano preludiare ad un prossimo intervento armato della giovane e potente Nazione.

Il 6 gennaio fu tenuto a Washington un convegno, promosso dal ministero della guerra e dal « Consiglio per la difesa nazionale », e cui parteciparono i rappresentanti ed i decani di oltre 80 facoltà mediche degli Stati Uniti. I generali medici Gorgas e Braisted esposero i bisogni dell'esercito e dell'armata nei riguardi dell'insegnamento medico; il direttore della Scuola medica per l'esercito, colonnello W. H. Artur, ed il direttore della Scuola medica per l'armata, dott. E. R. Stit, esposero dei programmi di corsi straordinari di medicina militare, da iniziarsi col 1° febbraio. Il professor V. C. Vaughan presentò un ordine del giorno, col quale chiese che l'insegnamento della medicina militare sia resa obbligatoria per tutti i medici, e che venga organizzata dai due ministeri competenti; questo ed altri voti furono approvati dall'assemblea. (*Journal A. M. A.*, 13 genn. 1917).

È morto a 89 anni A. CHAUVEAU, il decano della fisiologia francese. Con Marey egli ha fondato il metodo grafico, il quale ha rinnovato la fisiologia. Ha sviscerato il meccanismo della rivoluzione cardiaca; possiamo dichiarare anzi che le sue meravigliose ricerche sul cuore stanno alla base di tutte le nostre conoscenze relative alla fisiologia ed alla patologia di quest'organo e che esse hanno costituito il punto di partenza di tutti gli studi ulteriori. Ha fissato il meccanismo della contrazione muscolare nei riguardi energetici e del ricambio organico.

Chauveau è stato anche tra i primi ad intraprendere lo studio dei virus: segnaliamo le sue ricerche sulla contagiosità della tubercolosi, sulle modalità dell'infezione carbonchiosa, sull'etiologia della morva, ecc.

È classico il suo « Traité d'anatomie comparée ». Ha fondato con Bouchard il *Journal de Physiologie et de Pathologie générale* ed è stato condirettore al *Traité de Physique biologique*.

Insegnò a lungo anatomia e fisiologia alla Scuola Veterinaria di Alfort, di cui divenne poi il direttore. Quando la Facoltà medica di Lione lo chiamò alla cattedra di patologia sperimentale e comparata, egli dovette sottoporsi agli esami in medicina umana in omaggio alla regolamentazione francese la quale non la cede in nulla a quella italiana... Nel 1886 passò a Parigi, quale professore di patologia comparata al Museo di Storia Naturale; coprì molte altre cariche; nel 1913 fu eletto Presidente dell'Accademia di Medicina.

Lascia un'orma profonda nella scienza.

R. B.

La perdita del sen. GIOVANNI PALADINO, ordinario d'istologia e fisiologia generale presso la Facoltà delle Scienze di Napoli, segna un lutto per la medicina.

Della produzione scientifica del forte lavoratore ci occuperemo in un prossimo numero. P.

Il dott. MICHELE BIANCHI, sottotenente medico, assistente ordinario nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Napoli, è morto per la Patria nell'Ospedale Principale di Bologna, a soli 28 anni.

Dopo essere stato in varii Ospedali da campo, passava a prestare l'opera sua nel Laboratorio Batteriologico della Scuola Medica Castrense in S. Giorgio di Nogaro; colà fu colto da fierissima malattia, e trasportato in Bologna, vi lasciò la vita il dì 21 dicembre u. s. A nulla valsero le cure affettuose di tutti i clinici di Bologna ed anche di Napoli, per sottrarlo alla morte.

La fine immatura ha destato profondo cordoglio in quanti ne apprezzavano le rare doti dell'intelletto e dell'animo. E. C.

Cardiologia di guerra.

La nuova rivista « Le malattie del cuore », molto opportunamente, ha dedicato l'intero fascicolo 3° (1 febbraio 1917) alla *cardiologia di guerra*, stampando interessanti lavori originali e una accurata e copiosa rassegna di quanto si è pubblicato sinora sull'importante argomento in Italia e all'estero.

SOMMARIO. — **Cardiologia di guerra:** Il cuore del soldato (*Prof. Filiberto Mariani*). — Dell'insufficienza mitralica funzionale nei soldati (*Prof. Giovanni Galli*). — Le nevrosi cardiache e loro valutazione nel reclutamento militare (*Prof. G. B. Ramoino*). — Breve nota sopra un caso di proiettile conficcato nel cuore (*Dott. Pietro Gilberti*). — Appunti clinici sul cuore da strapazzo (*Dott. Antonio Paolucci*). — **Rassegne e riviste:** Cardiologia di guerra: Nevrosi cardiaca e guerra (*A. Martinet*). — Cardiopatie al campo (*Schlesinger*). — Malattie di cuore osservate durante la guerra (*Devoto*). — Sulla miocardite acuta nel cuore affaticato (*Galli*). — Cardiopatie valvolari e reclutamento militare (*V. Giauni*). — Le insufficienze cardiache (*Gillet* e *Boyé*). — Il polso raro dopo la fatica (*Gouget*). — Il polso raro nell'anemia e nello strapazzo (*Ed. Hirtz*). — Cardiopatia congenita in un soldato di 22 anni (*Augé* et *Noubecourt*). — I cardiopatici ed il servizio di guerra. — Pseudocardiopatici (*Prof. Ehret*). — Il significato militare dei disturbi cardiaci lievi. — Pallottola di shrapnell nel ventricolo destro (*Freund*). — Disturbi cardiaci nei soldati (*Korach*). — Le cardiopatie nei soldati in guerra (*Troipel*). — Malattie del cuore e dei vasi in tempo di guerra (*E. Romberg*). — Malattie del cuore e dei vasi in tempo di guerra (*Th. Schott*). — Disturbi della capacità cardiaca (*E. Aschenheim*). — Disturbi cardiaci in tempo di guerra (*F. Merchel*). — Malattie di cuore e dei vasi in tempo di guerra (*H. Ehret*). — Azione dell'infezione tifoide sul cuore dei soldati in guerra (*Rohmer*). — Esame funzionale del cuore (*Rehfrich*). — La tonicità del vago considerata come una malattia di guerra (*Von Dziembowski*). — Osservazioni cliniche in cardiopatici (*L. Braun*). — Il « cuore irritabile » dei soldati (*Cotton, Lewis, Poynton*). — L'insolazione. Forme meningee e forme cardiache (*C. Lian*). — I soffi cardiaci e l'idoneità al servizio militare (*Josué*). — L'utilizzazione dei falsi cardiaci (*Ch. Aubertin*). — Ipertrofia passeggera del cuore (*Boulogne*). — Il « cuore del soldato » (*J. Mackenzie*). — La palpitazione nei soldati dovuta a ipertensione arteriosa (*Lian*). — Il patema della guerra e il suo trattamento (*L. Rénon*). — Il « cuore irritabile dei soldati » (*R. Mc. N. Wilson*). — Il cuore delle reclute (*A. Morison*). — I rumori cardiaci nei soldati (*D. Drummond*). — Iniezione di medicamenti nel cuore (*Esch*). — Intorno ad un caso di proiettile nel cuore. — La vaccinazione antitifica nei soldati affetti da lesioni cardiache (*H. Méry*). — Il cuore e i traumi (*J. Scholtz*). — Eccessiva fatica in campagna (*W. His*). — Ferita del cuore da proiettile senza intervento chirurgico (*Fromont*). — Insufficienza aortica da rottura delle valvole aortiche (*R. Bensaude* e *Monod R.*). — Determinazione dello stato funzionale del cuore (*Katzenstein*).

Abbonamento annuo: Italia L. 12 — Estero L. 18. Fascicoli separati L. 2.

Per gli abbonati al « Policlinico »: Italia L. 7 — Estero L. 13.

Inviare vaglia direttamente al prof. ENRICO MORELLI — Via Sistina, 14 — Roma.

ANNALI D'IGIENE

Periodico mensile.

Sommario del 1° fascicolo (1917)

(in corso di stampa; verrà spedito nel corso dell'entrante settimana).

MEMORIE ORIGINALI:

V. PUNTONI: Alterazioni alimentari per assorbimento di gas (3 figure).

L. SANI: Sul passaggio del virus rabido attraverso la mucosa oculo-congiuntivale sana e traumatizzata.

STUDI E RIVISTE GENERALI:

G. SAMPIETRO: La spirochetosi ittero-emorragica.

QUESTIONI DEL GIORNO:

U. FERRETTI: Il I Convegno degli industriali del freddo nei riguardi igienici.

RECENSIONI:

Epidemiologia e profilassi generale. — Vaccinazioni. — Serologia ed immunologia. — Alimentazione. — Acqua potabile. — Igiene del lavoro.

RIVISTA BIBLIOGRAFICA.

LEGISLAZIONE E AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

GIURISPRUDENZA SANITARIA.

NOTIZIE.

Abbonamento annuo per l'Italia L. 15, per l'Estero Fr. 20; un numero seperato L. 1.50.

Ricordiamo ai nostri associati che per ottenere l'abbonamento cumulativo agli « Annli d'Igiene » a sole L. 10 per l'Italia e a soli Fr. 13 per l'Estero, bisogna rivolgersi *direttamente* alla nostra Amministrazione, alla quale si deve intestare la relativa cartolina-vaglia.

Rassegna della stampa medica.

The Lancet, 28 ott. BARLOW: Harvey. — ENGLISH: ferite penetranti dell'addome. — 4 nov. HALLIBURTON: Sulle funzioni del liquido cerebro-spinale. — ROGERS: Casi di kala-azar trattati col tartaro stibiato.

The Lancet, 25 nov. J. MAYO: Sulle indicazioni della splenectomia.

La Presse Méd., 23 nov. PAGNIER e VALLERY-RADOT: Anafilassi e antianafilassi alimentare.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 26 nov. GANGI: Corpi estranei della pleura. MOSTI: Cura delle fratture di guerra.

Riv. Ospedal., 15 nov. FERRARESI: L'estensione continua nei monconi d'amputazione.

British Med. Journal, 25 nov. FULLERTON: Trattamento delle ferite del ginocchio.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 30 nov. FARMACHIDIS: Infezione eberthiana in associazione al m. tetrageno.

La Medic. Prat., 30 nov. COSTA: Tecnica delle amputazione cinematiche e loro valutazione funzionale.

Paris Méd., 2 dic. Numero sulla rieducazione dei mutilati.

The Lancet, 2 dic. BRUCE: Cura del tetano. SHEILD: Sulle ferite in guerra. SHAW e WOO: Esofagoectasie.

The Brit. Med. Journal, 2 dic. DEAN: Il meccanismo della seroreazione. STEWART: Il ciclo vitale dell' «Ascaris lumbricoides».

Le Bull. Méd., 4 dic. HUTINEL: Distrofie e lesioni necrotiche nelle sindromi surrenali.

La Riforma Med., 4 dic. RUMMO e FERRANNINI: Mioipertonie degli arti per traumi periferici. QUARELLI: Sulla vaccinazione antiparatifica per via endovenosa. GASPERINI: La precipito-reazione nella diagnosi della meningite cerebrospinale epidemica.

Annali di Nevrol., 5 giu. BIANCHI: Significato dell'area corticale del lobo frontale la cui eccitazione produce dilatazione della pupilla.

Annales de Méd., sett.-ott. BABINSKI, FROMENT e HEITZ: Disturbi vaso-motori e termici nelle paralisi e contratture d'ordine riflesso. ROUSSY e LHERMITTE: Le psiconeurosi di guerra.

La Presse Méd., 30 nov. DESFOSSES, RATYNSKI: Trattamento delle ferite di guerra.

Bull. de l'Ac. de Méd., 28 nov. FERNET: Che cosa è l'artritismo? D'HÉRELLE: Nuovi bacilli dissenterici.

Revista Clinica, sett. HENAO e VILLA: Il parassitismo intestinale.

Revue Neurol., ott. MARINESCO: Pachimeningite ipertrofica. NOÏCA: La contrattura nelle paraplegie spasmodiche.

L'Attualità Med., nov. MAJOCCHI: Le ferite dell'addome. BAYLO: Come si distribuiscono topograficamente le malattie dell'addome negli aggregati umani. ALLARA: La questione del genio.

Riv. crit. di Clin. Med., 2 dic. CANTIERI: Tumori maligni del polmone e della pleura.

The Journal Amer. Med. Ass., 18 nov. CANNON: I recenti studii sulle glandole chiuse. MILLS: Il tono cerebrale. HALLER e WALKER: Sifilide con sintomi neurologici simulanti altre condizioni.

Medical Record, 18 nov. FRIEDMAN: L'igiene mentale.

The Boston Med., a. Surg. Journal, 16 nov. STEDMAN: I trabocchetti mentali dell'adolescenza. MC. LAUGHLIN e a.: Le malattie trasmissibili dell'infanzia.

La Presse Méd., 4 dic. PAISSEAU e LEMAIRE: Insufficienza surrenale nel paludismo.

La Riforma Med., 11 dic. SICILIANO: Sulla scrittura a specchio.

Archives d. Mal. du Cœur, ecc., nov. PAISSEAU e LEMAIRE: Anemia splenica pseudo-leucemica d'origine palustre. PETZETAKIS: Dissociazione senoauricolare, estrasistoli e fibrillazione auricolare provocate dalla compressione oculare; azione dell'atropina.

Paris Méd., 3 dic. GARNIER: L'ittero infettivo primitivo. PETZETAKIS: La vaccinazione antitifica per via endovenosa.

La Presse Méd., 7 dic. PAUCHET: Cura delle pseudartrosi con l'innesto osseo. LIAN: Prova dell'attitudine cardiaca allo sforzo.

Le Bull. Méd., 12 dic. LEGUEU: Sui calcoli vescicali nei feriti della vescica.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 7 dic. MATTEUCCI: Morbo di Verlhoff e trombopenia essenziale.

Cronaca d. Clin. Med. di Genova, 30 nov. MARAGLIANO E.: Su di un caso di polmonite lobare.

Bull. d. Sc. Med., nov. BUSACCHI: Il condrioma delle cellule intestinali. MAJOCCHI: Simbolismo fallo-ofico.

Ann. di Ost. e Gin., n. 8. ALFIERI: Miomectomia in gravidanza.

Riv. di Med. Leg., sett. BUSINGO: I gas così detti «asfissianti» in guerra.

Pensiero Med., 26 nov. ANTONELLI: Vitalizzazione delle membra artificiali. - 3 dic. RUSCA: Parotite cronica recidivante.

The Journal Amer. Med. Ass., 25 nov. VAUGHAN: L'avvelenamento da proteine. KERLEY e LE WALD: I disordini digerenti dell'infanzia ai raggi X.

The Journal Amer. Med. Ass., 2 dic. HASTINGS: Le infezioni purulente in oto-rino-laringologia. BARRET: Psicosi sifilitiche. CHIPMAN: Dietetica dermatologica.

Revue de Chir., giu. TANTON: Calli viziosi del collo del piede. BOLOGNESI: I tumori primitivi delle aponevrosi. GATELLIER: Ferite vascolari delle regioni cervicali e cervico-facciali.

The Journal Am. Med. Ass., 9 dic. KILROY: Il prurito quale sintoma. MEYERS: Localizzazione cerebellare.

Revista del Circ. Méd. de Cordoba, 11 dic. GALINDER: Partoanalgia.
The Amer. Journal Med. Sc., dic. GIBSON: La cura del tetano. WOOD: Sull'etiologia della pellagra. BROWN: Investigazioni cliniche sull'autointossicazione intestinale.
Bull. Johns Hopkins Hosp., dic. LAMBERT e ALLISON: La congestione passiva cronica del fegato. EVANS: La reazione della milza nelle infezioni acute.
Surg., Gyn. a. Obst., dic. STOOKEY: Le lesioni da arma da fuoco dei nervi periferici. CULBERTSON: I disturbi vasomotori della menopausa. STEVENS: L'estrofia della vescica.
Pensiero Med., 10 dic. ALLIEVI: Le nuove unità chirurgiche al fronte.
The Journal Trop. Med. a. Hyg., 15 dic. O' CONNEL: Metereologia della malaria.
Gazz. d. Osp. e d. Clin., 17 dic. CAMPORA: Ematomi pulsatili in chirurgia di guerra.
La Presse Méd., 18 e 21 dic. SAMBON: La pellagra. PIÉRY: La pleurite tubercolare a ripetizione. - Chirurgia di guerra.
The Lancet, 13 dic. FELDMAN: Trattamento antisettico delle ferite.
Rev. Méd. del Uruguay, ott. SERVETTI LABRAYA: Reumatismo cronico tiroideo.
Il Morgagni (Arch.), 30 nov. BALLIANO: Sopra un caso di malattia di Dercum. CATTANI: L'innesto di tubercolina nella cura della tubercolosi.
Giorn. It. d. Mal., ven. ecc. 5. FRANCESCHINI: Il problema profilattico della sifilide da baliatico.
Paris Méd., 16 dic. SCHWARTZ: Trattamento delle ferite del cranio nelle ambulanze avanzate.
Gazz. d. Osp. e d. Clin., 14 dic. FRANCHINI: Cura chirurgica delle varici dell'arto inferiore col metodo Schiassi. VIGNOLO-LUTATI: Auto-inoculazione di ulceri molli.
La Rif. Med., 18 dic. MARSIGLIA: Reazione anafilattoide da siero antitetanico. NERI: Il sistema vaso-motorio nella genesi del congelamento.
La Pediatria, dic. KHÁRINA-MARINUCCI: Influenza dell'antimonio sulla curva febbrile della Leishmaniosi interna. MODIGLIANO: Sublinguite pura da orecchioni.
Quaderni di Psich., nov.-dic. MORSELLI A.: Fenomeno pupillare negli epilettici. NERI: Segno elettrico di lesione del fascio piramidale.
Ann. di Medic. Nav. e Col., sett.-ott. Numero sulla meningite cerebro-spinale.
Le Bull. Méd., 20 dic. Ortopedia delle cifosi posttraumatiche.
Gazz. d. Osp. e d. Clin., 21 dic. SICCARDI: Sindromi emorragiche a insorgenza epidemica fra le truppe operanti.
Bull. de l'Ac. de Méd., 19 dic. PRENANT e CASTEX: Commozione del labirinto. PINARD: Protezione dell'infanzia nel campo trincerato di Parigi.
Pensiero Med., 17 dic. NARIZZANO: Sulla patogenesi della porpora emorragica.
Proc. R. Soc. of Med., nov. O' NEILL SHERMAN: Sterilizzazione delle ferite infette.
La Presse Méd., 28 dic. WEIL e LOISELEUR: Pneumopericardio e idro artificiali nella pericardite tubercolare con spandimento.
The Lancet, 30 dic. KENWOOD: Lezioni igieniche della guerra.
La Medic. Prat., 31 dic. MONTEFUSCO: Sieroterapia e vaccinoterapia antimelitensi.
The Practitioner, genn. CROOM e a.: Analgesia ostetrica. HELLIER: Trattamento della placenta previa. CAMPBELL: L'anestesia locale.
Brit. Med. Journal, 30 dic. SHEARMAN: Bacillemia da «B. faecalis alcaligenes».
La Prensa Méd. Argentina, 30 nov. SPERONI, ABERASTURY: Trattamento abortivo della sifilide.
Pathologica, 1 dic. BONOME: Cito-morfologia della milza e siero splenotossico.
Bull. de l'Ac. de Méd., 26 dic. GAUCHER: La sifilide dopo due anni di guerra. GRON: Gangrena gassosa.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXIV. Roma, 18 febbraio 1917 Fasc. 8.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Precetti e preconcetti medici in fatto di alimentazione pratica. 4ª Parte: Il valore fisiologico delle bevande alcooliche (1).

Rivista critica riassuntiva
di S. BAGLIONI (Sassari).

La questione del valore fisiologico delle bevande alcooliche è certamente una delle più dibattute nel campo dell'intera medicina (fisiologia, farmacologia, terapia, igiene, economia pratica, psicologia), e rimarrà tale per moltissimi anni ancora, destando l'interesse di quanti amano conoscere i fattori del benessere umano. Si può dire che non passi anno senza che la già copiosa letteratura sull'argomento non si arricchisca di nuove e interessanti pubblicazioni, che cercano di lumeggiare la questione da vecchi e nuovi punti di vista, raggiunti sulla base di pazienti indagini di laboratorio o di analisi statistiche o di osservazioni pratiche.

(1) Vedi questo giornale, 1916, pag. 392, 995, 1025, 1143, 1169.

Mi sforzerò di delineare lo stato attuale della scottante questione, riassumendo recenti memorie, che mi sembrano portare notevole contributo alle nostre conoscenze, annodando alcune considerazioni critiche e conclusioni pratiche, suggerite dai nuovi fatti segnalati.

1. — Comincerò col riassunto di R. Rosemann (1911), nel trattato di biochimica di Oppenheimer.

Il Rosemann, noto cultore della questione, distingue due specie di azioni, che l'alcool esercita nel corpo:

a) Appena l'alcool è assorbito (e lo è poco dopo che è ingerito), circola per un certo tempo come tale nel corpo, e agisce sulle cellule viventi secondo le sue proprietà chimiche e fisiche, eccitando, paralizzando, avvelenando, ecc., secondo le circostanze. Queste azioni di natura farmacologica o tossicologica, si potrebbero considerare, a causa del loro meccanismo, come *azioni materiali*, dipendenti dalle proprietà materiali dell'alcool.

b) Ben presto però l'alcool, dopo il suo ingresso nell'organismo, subisce le influenze disgregatrici e ossidanti delle cellule viventi; esso è scomposto in CO_2 e H_2O; con ciò diventa libera la sua energia chimica. In quanto il bi-

sogno energetico del corpo è soddisfatto da questa energia contenuta nell'alcool, si può parlare di una sua *azione energetica.*

Il Rosemann, nel suo riassunto, tratta soltanto di questo secondo modo di agire dell'alcool.

Dopo aver ricordato che l'assorbimento dell'alcool si compie nello stomaco e, specialmente, nell'intestino (secondo Nemser, 1907, in media è assorbito il 20 % nello stomaco, il 9 % nel duodeno, il 53 % nel digiuno e il 18 % nell'ileo), asserisce che l'influenza di dosi medie sull'utilizzazione degli altri componenti alimentari è trascurabile.

In generale, sembra dalle determinazioni fatte in proposito, che l'alcool dopo il suo assorbimento si diffonde abbastanza uniformemente nel corpo, poichè non pare che dati organi ne accumulino, come si potrebbe credere, a preferenza di altri.

Bodländer, Strassmann, Atwater e Benedict hanno oramai ben dimostrato che la quantità principale è ossidata nel corpo in CO_2 e H_2O, senza però che si conoscano i prodotti intermedi.

Tale combustione avviene tuttavia abbastanza lentamente. Dopo media somministrazione di alcool, l'adulto, in riposo, ne brucia al massimo 6-7 grammi all'ora, in attività, 15 gr.; e ciò solo nelle prime ore dall'ingestione, più tardi anche meno. I 35 gr. di alcool di un litro di birra avrebbero bisogno, nell'uomo che non lavora almeno 7 ore, nel lavoratore tre ore per la combustione; molto probabilmente questi valori sono ancora troppo bassi. L'ossidazione alcoolica nel corpo si compie, quindi, più lentamente di quanto si credeva generalmente. Si era, anzi, supposto che l'energia derivante da tale combustione non potesse essere utilizzata, per la rapidità del suo sviluppo. Questa obiezione è esclusa dalle ricerche segnalate.

Bjerre, Clopatt, Atwater e Benedict hanno trovato, inoltre, che dopo ingestione di alcool, nè l'assorbimento di ossigeno, nè l'eliminazione di anidride carbonica, nè la produzione energetica del corpo, *caeteris paribus*, subiscono modificazioni essenziali. Ciò può essere interpretato solo colla legittima ipotesi che l'energia fornita dall'alcool, ossidantesi nel corpo, non va perduta, ma è utilizzata in modo da risparmiare, in misura corrispondente, altre sostanze, che si consumano nella dieta priva di alcool. L'alcool si comporterebbe, quindi, del tutto come i comuni alimenti, pur bruciando più facilmente e, quindi, in loro vece.

Quali sono le sostanze alimentari risparmiate dall'alcool nella sua combustione? Di un risparmio degli idrati di carbonio, nulla è noto sinora. In ogni caso, essendo la quantità dei carboidrati accumulata nel corpo piccolissima in confronto di quella degli altri due costituenti (proteine e grassi), la questione può essere praticamente limitata al risparmio dei grassi e delle proteine.

Che mediante la combustione dell'alcool si possa risparmiare grasso dell'organismo, è ammesso quasi da tutti. Aggiungendo alcool a una dieta già in sè sufficente, si fissa nel corpo una quantità di grasso corrispondente caloricamente all'alcool ingerito (Strassmann, 1891); aggiungendo alcool a una dieta insufficente, la liquidazione di grassi del corpo è, più o meno, limitata, secondo che il deficit alimentare è più o meno coperto dall'alcool. Si potrebbe solo fare la questione se, al riguardo del risparmio del grasso, l'alcool equivale ad altre sostanze, per es. ai carboidrati. Le esperienze di Atwater e Benedict hanno risposto affermativamente a questa domanda.

Più complicata è la questione del risparmio delle proteine. Prescindendo dai primi giorni (4-6) della somministrazione di alcool, secondo i risultati più attendibili, esso agisce, come i carboidrati e i grassi alimentari, risparmiando il consumo proteico, in misura però alquanto variabile. Ben diverso è il suo comportamento nel periodo iniziale di sua ingestione; in quasi tutte le esperienze fatte su persone sane, l'alcool al principio non ha mostrato quasi nessuna azione risparmiatrice del consumo proteico. Anzi in qualche caso (Miura, 1892) la sostituzione dei carboidrati con alcool produsse sul bilancio di N un effetto peggiore che la sola eliminazione dei carboidrati. Secondo Rosemann questa azione sfavorevole dipende dall'influenza tossica sulle cellule del corpo, che l'alcool esplica finchè esso circola come tale nell'organismo. L'azione materiale si oppone, in questo caso, alla sua azione energetica. Nel successivo periodo subentra, evidentemente, adattamento all'azione tossica, che scomparendo sempre più permetterà l'azione risparmiatrice sulle proteine. Strano è, tuttavia, il fatto che l'azione tossica non si riveli affatto sul risparmio dei grassi, che come si è detto dianzi, si manifesta sin dall'inizio dell'ingestione alcoolica.

Ammesso che l'energia fornita dalla combustione alcoolica è utilizzata dall'organismo, sorge il quesito del modo dell'utilizzazione, e più specialmente, se tale energia è utilizzata nell'attività muscolare. Secondo Rosemann, l'utilizzazione dell'energia alcoolica (sempre intesa per le dosi medie, non tossiche) come sor-

gente diretta della forza muscolare nel corpo è molto probabile, ma non strettamente dimostrata. Durig, sulla base delle sue ricerche, considera giustificata l'ipotesi che almeno una parte dell'energia fornita dalla combustione dell'alcool, è dall'organismo utilizzata nella produzione del lavoro muscolare. Indirettamente l'alcool è fonte di forza muscolare, in quanto risparmia col suo consumo altre sostanze alimentari (grassi, carboidrati, proteine) che, alla loro volta, sono in grado di fornire direttamente forza muscolare. Però nel giudicare la questione pratica, se per il lavoratore è opportuno l'uso dell'alcool, è necessario rilevare che la favorevole azione energetica dell'alcool diviene illusoria per effetto della sua azione dannosa materiale. È certamente fuori di ogni dubbio, dice Rosemann, che la funzione muscolare è influenzata sfavorevolmente dall'assunzione di alcool, e che, perciò, l'uso di bevande alcooliche, nel lavoro, deve essere considerato irrazionale.

Di altre azioni, per così dire, terapeutiche, Rosemann ricorda, che non esiste un esperimento decisivo che dimostri che l'alcool agisca in qualche modo sull'eliminazione dell'acido urico. Nel diabetico farebbe notevolmente diminuire l'eliminazione dei corpi acetonici e dell'ammoniaca e la glicosuria (Neubauer, 1906, Benedict e Török, 1906); mentre nel sano, in cui si provochi acidosi, mediante alimentazione con proteine e grassi, non avrebbe tale effetto (Neubauer). Secondo Heilner, accelera la scissione di proteine eterogenee circolanti nl sangue.

Per avere un'idea concreta del valore energetico dell'alcool, ricorderò che per i diversi alimenti si calcola il valore energetico utile come segue:

1 g. di proteine fornisce 4100 calorie; 1 g. di grassi fornisce 9300 calorie; 1 g. di carboidrati fornisce 4100 calorie; 1 g. di alcool fornisce 7180 calorie.

I 100 g. di alcool di un litro di buon vino (nei vini comuni il contenuto alcoolico oscilla tra 8 e 10 %) fornirebbero, pertanto, colla loro combustione nel corpo (ammesso che vi bruci completamente) 718 grandi calorie; ossia equivarrebbero a 76 g. di grassi, o a 175 g. di carboidrati, cioè a 100 g. di lardo o burro o olio, oppure a 200 g. di zucchero o 240 g. di pane o 400 g. di fichi secchi.

Il valore commerciale di un litro di vino, che è in media una lira, è però molto superiore a quello delle altre sostanze alimentari accennate, che è in media di 30 centesimi per i grassi, 40 cent. per lo zucchero, 20 cent. per il pane e 15 cent. per i fichi secchi; senza dire che in queste sostanze sono contenuti principî alimentari (proteine) qualitativamente superiori che mancano al vino.

La distinzione fondamentale che Rosemann fa nello studio degli effetti prodotti nell'organismo dall'alcool, riferendoli a due categorie di azioni, materiale ed energetica, non mi pare razionale per vari motivi. Innanzi tutto non sappiamo dove e quando comincia l'una e termina l'altra; ma sopratutto perchè molto probabilmente ambedue hanno la stessa origine, cioè, la scomposizione chimica della molecola dell'alcool. La distinzione del Rosemann è logica conseguenza del duplice punto di vista con cui si studiano in genere tutte le sostanze nutritive nel metabolismo; duplice punto di vista, che (è opportuno non dimenticare) deriva solo dai nostri metodi d'indagine, che ci permettono di studiare il lato puramente materiale o chimico, oppure il lato energetico.

Molto più razionale ed utile è invece distinguere le diverse azioni dell'alcool secondo il loro modo di agire nell'organismo, lasciando pel momento impregiudicata la questione, sempre difficile a risolvere, dell'intimo meccanismo d'azione. I fattori principali che determinano il diverso modo di agire di questa sostanza (come di ogni altra sostanza attiva fisiologicamente o farmacologicamente) sommariamente sono rappresentati dalla dose e, in genere, da tutte le condizioni e modalità che accompagnano o determinano l'ingresso nel corpo, gli organi o, meglio, le funzioni dei diversi organi, su cui si esplica l'azione, e le circostanze speciali, in cui questi, nelle mutevoli condizioni interne ed esterne, possono variamente trovarsi.

Si comprende, allora, subito che la complessa azione dell'alcool risulta da una serie di diverse azioni sulle singole funzioni del corpo, tra cui specialmente emergono la funzione circolatoria (cardiaca e vasale), respiratoria, del metabolismo, dell'apparato digerente, del sistema nervoso; queste azioni variano secondo le dosi ingerite, secondo le condizioni dell'organismo (riposo o attività, muscolare e nervosa) o dell'ambiente (stagione, clima). A fianco della azione fisiologica si ha, poi, intimamente connessa ma pur ben distinta, un'azione patologica.

Uno studio completo dell'azione dell'alcool dovrebbe evidentemente essere condotto secondo un tale programma, che è poi essenzialmente quello recentemente proposto dal Benedict per il grande laboratorio di nutrizione di Boston. Indubbiamente la questione dell'uso del-

l'alcool, come alimento tanto generalmente diffuso e discusso, merita una simile ampia ed esauriente trattazione scientifica.

Purtroppo allo stato attuale non siamo ancora in possesso dei risultati di una tale indagine per poter rispondere ai diversi problemi. Tuttavia non mancano risultati di un gruppo di ricerche moderne, eseguite secondo il detto programma, che ci forniscono già buoni elementi per la soluzione di alcuni dei problemi più scottanti.

2. — Nel 1914 il Galeotti pubblicò i risultati di una serie di ricerche, eseguite da lui e dai suoi allievi O. Barkan, F. Giuliani, H. L. Higgins, E Signorelli e G. Viale, sugli effetti dell'alcool sulla fatica in montagna, partendo dal concetto, dimostrato vero da precedenti ricerche dello stesso Galeotti e A. Mosso (1914), che l'alcool in montagna agisce assai meno intensamente sulle diverse funzioni dell'organismo che non in pianura, probabilmente perchè, a grandi altezze, i centri nervosi sono meno sensibili all'alcool.

Già Zuntz, coi suoi collaboratori, aveva ripreso, nel 1906, la questione, per stabilire, da un punto di vista generale, in quale misura debba essere usato l'alcool, come eccitante, nelle escursioni alpine, giungendo alle seguenti conclusioni. L'uso dell'alcool non è da rigettarsi incondizionatamente, come opinano alcuni dei suoi oppositori. Solo è necessario che una sostanza, che tanto danno può produrre all'uomo, sia usata in montagna con la massima circospezione. Molti celebri alpinisti o guide prendono con loro, nelle ascensioni, piccole quantità di vino o di acquavite; e chi è abituato a bere regolarmente di queste bevande non può in montagna risentire alcun malefico effetto dall'uso di esse. Sopratutto però non si deve eccedere nel bere il giorno avanti a quello di una escursione; e le osservazioni fatte dai militari sulle truppe in marcia, dimostrano che la resistenza alla fatica è diminuita in coloro che nel giorno precedente hanno bevuto quantità eccessive di vino o di birra. È speciamente pericoloso bere liquori alcoolici ai primi segni di stanchezza. Non è, invece, da rifiutare una piccola quantità di vino o di cognac alla fine di una lunga marcia, perchè allora questo può stimolare le forze esaurite ad un ultimo sforzo. In tal caso veramente l'alcool agisce, secondo l'efficace espressione di Liebig, come un colpo di frusta.

Altre importanti ricerche sull'influenza dell'alcool sul lavoro in montagna (Bilgengrat, 2430 m.) dobbiamo a Durig (1906). Erano fatte alcune marce bevendo alcool, somministrato come sostanza pura, con acqua e zucchero, nella dose di 10 cc. prima della marcia; ed altre senza alcool. Non si notarono mai sensazioni subiettive di ubbriachezza. Da un punto di vista generale, i risultati di queste ricerche confermano quelli segnalati da Chaveau, il quale trovò che, sotto l'azione dell'alcool, mentre aumenta il consumo organico, diminuisce l'effetto utile del lavoro. Durig vide, inoltre, che l'eccesso del consumo organico è minore del valore calorico dell'alcool; cosicchè, ammesso che l'energia dell'alcool possa essere direttamente utilizzata per il lavoro, l'alcool può produrre un risparmio dei mezzi nutritivi. Ciò non ostante l'alcool non è un alimento adatto per il lavoro delle ascensioni, poichè le quantità che di esso si dovrebbero ingerire per ottenere un effetto energetico, sono così grandi da produrre per altra parte gravi disordini. La stessa quantità di energia utilizzabine si può meglio e senza possibili inconvenienti trarre dai cibi ordinari.

Le ricerche del Galeotti furono eseguite sugli stessi sperimentatori, stabilendo le modificazioni delle più importanti funzioni dell'organismo (peso del corpo, temperatura, numero delle pulsazioni cardiache, forma del polso, pressione arteriosa, frequenza della respirazione, forma del respiro, aria respiratoria e ventilazione negli alveoli polmonari, quantità d'acqua eliminata per i polmoni e per la cute; condizioni della forza muscolare e condizioni subbiettive), mediante rilievi e misure fatte immediatamente prima e dopo l'escursione. La stessa escursione era fatta due volte: una con, e un'altra senza uso di alcool, escludendo sempre ogni altra bevanda eccitante (tè, caffè). L'alcool era ingerito dapprima come soluzione di alcool assoluto; per il suo disgusto, però, si dovè poi ricorrere al cognac piuttosto forte (56 %) di cui ordinariamente, a più riprese, i diversi soggetti ingerivano quantità variabili, oscillanti tra 85, 86, 28, 22, ecc., cmc. di alcool.

I risultati ottenuti si condensano nelle seguenti conclusioni dell'Autore.

1° Furono determinate le variazioni del peso del corpo dopo le diverse escursioni, tenendo conto dei cibi e delle bevande ingeriti e dell'orina e delle fecce emesse. Tali variazioni oscillano tra un minimo di gr. 1000 e un massimo di gr. 5500. Sono diverse a seconda dele condizioni meteorologiche della giornata, ma non vi è alcuna regolarità, che permetta di concludere per un'influenza dell'alcool sul consumo dell'organismo e sulla eliminazione dell'acqua.

2° La temperatura del corpo aumenta sempre dopo una faticosa escursione. L'aumento massimo osservato è stato di 1°.2 in Galeotti,

dopo la lunga ascensione del Corno Bianco con alcool. Sembra che l'uso dell'alcool accresca ancora l'aumento della temperatura provocato dalla fatica.

3° La frequenza del polso si trovò sempre aumentata dopo un'escursione, e l'aumento va da 3 a 28 pulsazioni al minuto. Dopo il riposo della notte, il polso tornava alla norma e mai superava le cifre medie comuni.

Per riguardo all'influenza dell'alcool; si può dire che, dopo le escursioni con alcool, l'aumento della frequenza del polso era, in genere, maggiore. L'azione aumentatrice dell'alcool si cumula quindi coll'influenza aumentatrice della fatica.

4° La fatica fa in genere abbassare la pressione sanguigna, tanto nel suo valore massimo, quanto nel suo valore minimo. L'alcool, in tre persone (Barkan, Signorelli, Viale), ha agito in senso contrario, cioè tendendo a riportare in alto la pressione abbassata. In Galeotti invece, per azione dell'alcool, si è avuto un ulteriore abbassamento della pressione sanguigna.

5° La forma del polso è apparsa nei nostri esperimenti alquanto diversa dai tipi normali. Dopo lunghe escursioni, non ostante il riposo della notte, abbiamo constatato certe anomalie, irregolarità di ritmo e un marcato dicrotismo, tanto che l'onda dicrota superava talvolta la elevazione primaria. Subito dopo le escursioni senza alcool, il polso, oltre che più frequente, diventava quasi sempre più celere, alcuna volta più forte e pieno, altra volta più debole e più piccolo e con l'onda dicrota situata in basso. Spesso, dopo l'escursione, scompariva il dicrotismo constatato nello stato di riposo.

Per l'influenza dell'alcool, i caratteri del polso dopo la fatica sono alcune volte più vicini al tipo normale; altre volte invece gli sfigmogrammi indicano una diminuzione dell'onda sfigmica, una certa irregolarità e il ritorno di un dicrotismo marcato.

Ma non siamo riusciti a stabilire alcun nesso concreto e costante tra l'influenza della fatica e dell'alcool e la forma del polso.

Noi possiamo concludere soltanto con un'espressione d'indole assai generale: e cioè che in montagna le condizioni del cuore e dei vasi sono più instabili che non in pianura; e che molteplici influenze, le quali difficilmente si possono apprezzare nella loro complessività, concorrono a modificare, in maniera da non potersi fissare e prevedere, la forma del polso.

6° Il ritmo respiratorio è, in genere, affrettato dopo ogni escursione, sebbene l'individuo in esperimento si trovi in riposo durante le determinazioni. L'aumento è in generale maggiore quando nell'escursione si fece uso d'alcool.

7° Dopo la fatica, non si hanno notevoli modificazioni nella forma del respiro; talvolta però il tipo del respiro tende a diventare toracico. In genere la dispnea compensatoria, dopo l'apnea volontaria, è più accentuata. Dopo la fatica con uso di alcool, vi sono talvolta, irregolarità del ritmo, ineguaglianze nelle altezze dei singoli atti respiratori, accenni a ritmo alterno o periodico. La dispnea compensatoria è, dopo l'apnea volontaria, più intensa, e dura qualche secondo di più.

8° La durata dell'apnea volontaria, dopo la fatica, è più breve di 2-5 secondi: e questo accrescimento è talvolta più manifesto sotto l'azione dell'alcool.

Da ciò, e da quanto si è detto precedentemente, risulta adunque che l'eccitabilità del centro respiratorio aumenta dopo la fatica, e aumenta ancora per l'azione dell'alcool.

9° In quanto ai dati spirometrici della respirazione, si può concludere sull'azione dell'alcool:

che esso non produce variazioni costanti, dopo la fatica, nella profondità del respiro;

che fa aumentare la ventilazione polmonare, il che sta in rapporto con l'aumento della frequenza del ritmo respiratorio;

che fa diminuire ancor più la capacità vitale, già anche diminuita (come hanno osservato vari altri autori) in causa della fatica. E se nelle persone a capacità vitale piccola, la fatica produce un aumento di essa, questo aumento sembra minore quando si faccia uso di alcool.

10° Per riguardo al ricambio respiratorio, si può concludere, che il consumo di O^2 aumentò alquanto dopo la fatica con l'alcool in Barkan e in Signorelli , ma non in Viale. Il quoziente respiratorio si abbassò in tutti dopo la fatica senza alcool: l'abbassamento fu minore, o anche sorpassò il valore medio del riposo (Barkan), quando durante la fatica fu bevuto alcool.

Ciò si spiega facilmente, pensando che, durante la fatica, si consumano molte riserve di idrati di carbonio, e che l'alcool ha probabilmente un'azione di risparmio di fronte a questo consumo.

Vi è da osservare che, in genere, questi valori del quoziente respiratorio sono per tutti piuttosto bassi, il che si spiega, considerando, che, in tutto il periodo sperimentale, i soggetti in esperimenti condussero un genere di vita assai attiva e faticosa, e quindi gli idrati di carbonia furono sempre rapidamente bruciati.

11° La tensione di CO^2 negli alveoli polmonari dopo la fatica, mostrò un aumento in Barkan e in Viale, una diminuzione in Signorelli. Non sembra che l'alcool, preso durante la fatica, produca modificazioni costanti in questo dato del ricambio respiratorio.

12° La perspirazione insensibile della cute aumenta dopo la fatica con uso di alcool. Queste variazioni dipendono verosimilmente dalle diverse condizioni circolatorie della pelle.

13° Per la quantità d'acqua espirata, non possiamo ancora stabilire, se vi siano variazioni dipendenti, in modo costante, dalla fatica e dall'alcool.

14° Per riguardo alla funzione muscolare, non possiamo ancora giungere a conclusioni definitive. Dopo la fatica, gli ergogrammi son qualche volta più grandi, son costituiti cioè da un maggior numero di contrazioni e da contrazioni più alte; altre volte sono più piccoli. Lo stesso accade, se, durante la fatica, si fece uso dell'alcool. In questo caso, però, l'ergogramma talvolta assume quell'aspetto irregolare che, secondo Mosso, indica una modificazione dell'eccitabilità neuromuscolare.

Dopo una più forte fatica, l'ergogramma apparve diminuito in Barkan, che non fece uso

di alcool; ingrandito in Galeotti e in Viale che ingerirono alcool. Al dinamometro risultò, nel maggior numero di volte, un leggero aumento della forza muscolare, tanto dopo le escursioni senza alcool, quanto dopo quelle con l'alcool.

15° Intorno all'influenza dell'alcool sulle condizioni subbiettive si può concludere, che la inge stione di 12-25 cc. d'alcool durante la marcia, produce in genere una fase di eccitazione passeggera e un senso di euforia.

Questo stato dura 20-30 minuti, poi subentra una fase depressiva, con stanchezza, sonnolenza e sete intensa, e talvolta cefalea. Questo stato dura 2-3 ore, e improvvisamente scompare.

Le condizioni generali, considerate nel loro insieme, furono migliori nelle escursioni senza alcool che non in quelle con alcool: e quindi si può concludere che, nella fatica in montagna, l'uso dell'alcool (in dosi alquanto forti) è piuttosto sfavorevole che favorevole.

Non si può però escludere che, in determinati momenti di un lavoro faticoso, piccole dosi di alcool non possano esercitare una benefica influenza sulle condizioni del cuore e della forza muscolare. Queste dosi però non debbono mai sorpassare un certo limite, nè debbono essere ripetute, poichè una seconda dose di alcool produce in genere un effetto negativo.

Non avendo eseguito esperimenti di confronto in pianura, non possiamo concludere sicuramente, se l'azione dell'alcool sia più rapidamente transitoria in montagna; tuttavia, varie osservazioni che abbiamo fatto nello improvviso scomparire dei fenomeni depressivi dipendenti dall'alcool, ci offrono argomento in favore dell'opinione di Mosso e Galeotti: che cioè l'alcool in montagna venga più rapidamente ossidato, e perciò scompaia più presto dal sangue.

3. — Una ricerca più vasta e non meno interessante è quella di R. Dodge e F. G. Benedict (1915) sugli effetti di moderate dosi di alcool etilico su un gruppo di processi neuromuscolari dell'uomo, eseguita secondo il programma surricordato del Benedict. In essa si studiò l'azione dell'alcool sul tessuto neuromuscolare, desumendola dalle modificazioni di un dato numero di atti riflessi spinali e superiori, con speciale riguardo ad elementari attività psichiche. E precisamente le funzioni studiate furono:

1. Riflessi semplici:

a) Arco lombare: riflesso patellare, sua latenza ed ampiezza, misurata dall'inspessimento del quadricipite, e periodo refrattario;

b) Arco cefalico: riflesso palpebrale protettivo (ammiccamento), provocato da stimolo uditivo (improvviso rumore): latenza, ampiezza del movimento e periodo refrattario.

2. Reazioni complesse: archi corticali:

a) Reazioni dell'occhio (movimenti) all'apparire improvviso di stimoli visivi periferici;

b) Reazioni verbali adeguate a una serie di 24 parole visive.

3. Reazioni di libera associazione: latenza, carattere della risposta e contemporanee modificazioni del polso.

4. Memoria: imparare una serie normale di dodici parole significanti, ma tra loro sconnesse.

5. Soglia sensoriale alla stimolazione faradica della cute (metodo di Martin).

6. Coordinazione motrice:

a) Velocità dell'innervazione reciproca dei flessori ed estensori del dito medio (movimenti alterni di flessione e di estensione);

b) Velocità di esattezza dei moti oculari nel volgere lo sguardo da un punto di fissazione ad un altro, situato nello stesso piano orizzontale, ma distante dal primo di un arco di 40°.

7. Sistema autonomo cardiaco, studiato nella frequenza e nei caratteri del polso.

I soggetti furono 14 adulti, di cui la maggioranza era di bevitori moderati od occasionali; 4 erano bevitori abituali, che avevano bevuto ordinariamente più di 30 cc. di alcool assoluto *pro die*. Di questi tre erano psicopatici per alcoolismo cronico, ricoverati e curati nell'ospedale manicomiale di Boston.

Il metodo generale delle ricerche consisteva nell'eseguire diverse serie delle accennate prove senza alcool e con alcool. Per ogni serie di prove, una seduta normale di tre ore consecutive precedeva gli esperimenti con alcool; seguiva quindi una seduta con dose piccola e grande di alcool; chiudeva di nuovo una seduta normale.

Le dosi di alcool usato furono due: A, di 30 cc. e B, di 45 cc. di alcool assoluto, allungato con caffè cereale (privo di caffeina), in modo che A era di 150 e B di 225 cc. di liquido, che i soggetti bevevano per intero rapidamente. Si usarono anche miscele di controllo, prive di alcool.

Riassumerò i principali risultati osservati ed elencati analiticamente in molte tabelle.

Nei soggetti normali l'alcool tende regolarmente a deprimere il riflesso patellare, cioè allunga il tempo latente del riflesso, in media del 9.6 %, e abbassa l'altezza della contrazione in media del 48.9 %. Inoltre nei soggetti normali, 30 cc. di alcool fanno aumentare il periodo latente del riflesso protettivo palpebrale, in media del 5.9 %, e diminuire l'estensione del movimento del 10.7 %. Similmente la dose maggiore faceva aumentare il periodo latente del 9.5 %; e diminuire l'ampiezza del movimento del 28.5 %. Nei soggetti psicopatici, i risultati pur essendo analoghi, erano meno evidenti

e concordi. Pertanto tutti i dati indicano che dosi moderate di alcool tendono a deprimere l'eccitabilità normale dei due riflessi patellare e palbebrale.

Relativamente agli effetti sulla reazione oculare a stimoli visivi, videro che la dose di 45 cc. fa nettamente aumentare il periodo latente della reazione; mentre la dose di 30 cc. sembra avere un effetto opposto.

L'aumento medio del periodo latente delle reazioni verbali, per opera delle due dosi, fu circa del 3 %. Tenendo conto dell'esattezza del metodo di ricerca usato e della cura che si ebbe di eliminare ogni causa di errore tecnico, ciò deve essere considerato come una dimostrazione di una tendenza reale, sebbene lieve, di dosi moderate di alcool ad aumentare il periodo latente della reazione verbale.

Sulle risposte associative le dosi usate produssero pochissimi e lievissimi effetti reali dimostrabili con adatti mezzi tecnici.

Circa i processi mnemonici, i soggetti ebbero un comportamento molto diverso; il risultato generale non dimostrò alcuna prevalente influenza in un senso o nell'altro. La prontezza di memoria (ritenzione primaria) non è nè migliore nè peggiore dopo piccole dosi di alcool.

La soglia sensoriale per stimoli elettrici è probabilmente aumentata dopo l'uso di moderate dosi alcooliche; ossia, la sensibilità media alla stimolazione elettrica è diminuita. Ricordando il risultato opposto segnalato da Specht (1907) nel caso della soglia per stimoli sonori, Dodge e Benedict non generalizzano il loro risultato a tutti gli organi di senso, pur rilevando che la soglia sensoriale da essi studiata è indipendente da quelle complesse modificazioni di adattamento dell'organo periferico che hanno luogo nell'occhio e nell'orecchio.

I movimenti oculari di deviazione di 40°, per effetto di 30 cc. di alcool, impiegavano in media il 2.5 % di tempo maggiore che in condizioni normali; tale ritardo saliva al valore di 18.6 % per la dose di 45 cc. Analogo effetto osservarono per l'innervazione coordinatrice dei movimenti digitali. Così, concludono, il netto risultato di questi sperimenti è che la velocità dei moti oculari e la speditezza dell'innervazione reciproca delle dita sono ambedue regolarmente diminuite dall'alcool. Poichè questi processi indicano il grado di adeguatezza della coordinazione motoria, si dee concludere che l'alcool agisce come deprimente sulla coordinazione motoria. La somiglianza degli effetti medi dell'alcool sui due processi, che hanno sede in centri differentissimi, fa, d'altra parte, supporre che i risultati sperimentali ottenuti dimostrino che la depressione dell'attività coordinatrice motoria, per opera di moderate dosi alcooliche, si estenda ampiamente nell'ambito dei centri nervosi.

Passando a parlare dell'azione dell'alcool sull'attività cardiaca, ricordano le forti discordanze esistenti in proposito tra i precedenti osservatori; secondo alcuni l'alcool aumenta, secondo altri diminuisce, secondo altri aumenta e diminuisce la frequenza del polso, secondo altri, infine, esso non ha alcuna azione sul cuore. Dodge e Benedict eseguirono le loro ricerche con tre metodi successivamente diversi, con due sfigmografi, dapprima, e da ultimo coll'elettrocardiografo, da cui ebbero i migliori risultati. Studiarono l'attività cardiaca durante il riposo o l'attività mentale (associazioni) o diverse attività muscolari. In generale trovarono che l'alcool, durante gli esperimenti di associazione, solo occasionalmente produsse un'accelerazione assoluta del ritmo, sempre, però, ne produsse una relativa. In altre parole, in condizioni simili e in periodi omologhi di sedute sperimentali di tre ore, il polso era più frequente dopo l'uso dell'alcool che nei giorni normali. Uguale risultato ebbero per gli esercizi muscolari. Ne concludono che un effetto regolare di moderate dosi di alcool, in soggetti non astinenti ma temperati, durante attività intermittenti mentali e fisiche, è un'accelerazione relativa del polso. Questo effetto rappresenta però una netta eccezione a tutti gli altri risultati sperimentali. I due Autori ne discutono, pertanto, la probabile genesi, venendo alla conclusione che la relativa accelerazione del ritmo è da riferire a parziale paralisi dei centri cardioinibitori; sarebbe, quindi, anche essa un effetto di un'azione depressiva.

Venendo a discutere sommariamente i risultati delle loro ricerche sugli effetti dell'alcool sui processi psichici, ricordano le classiche osservazioni del Kraepelin (1883, 1892), le cui conclusioni essenziali suonano: Ogni dose di alcool deprime i processi intellettuali dell'apprensione, della memoria e del giudizio. Piccole dosi facilitano dapprima la scarica motoria, successivamente la deprimono. Forti dosi deprimono, fin dall'inizio, tanto i processi intellettuali che motori. La natura e l'intensità degli effetti dipendono dai caratteri e dalle condizioni individuali.

Alcune di queste affermazioni non concordano coi risultati degli sperimentatori americani, i quali perciò sottoposero ad un'accurata rivista critica gli argomenti addotti dal Kraepelin. Rilevarono specialmente che i suoi procedimenti sperimentali implicavano attività

molto complesse del sistema nervoso centrale, mentre alcune delle sue analisi non sono più ammissibili, allo stato odierno di nostre conoscenze. E precisamente Kraepelin lavorava, teoricamente e sperimentalmente, guidato dalla tradizionale distinzione psicologica di fattori sensoriali e motori. Scelta e discriminazione erano per lui fattori elementari reali delle reazioni così indicate. Oggi, invece, generalmente si ammette che « scelta » non è un fattore dimostrabile nella coscienza che accompagni la cosidetta reazione di scelta, e che la reazione di discriminazione è complicata da notevoli tendenze inibitorie, le quali sono piuttosto motorie che discriminatorie.

Da un esame comparativo degli effetti dell'alcool sui vari processi neuromuscolari studiati da Dodge e Benedict, risulta che l'azione più marcata è sul riflesso patellare, di cui aumenta il tempo medio latente del 10 % e diminuisce la media ampiezza dell'ingrossamento muscolare del 46 %. Al secondo posto, per ordine d'intensità, viene l'azione sul riflesso palbebrale; al terzo, quella sulla soglia faradica; al quarto, quella sui movimenti coordinati dell'occhio; subito dopo, al quinto posto, l'azione sull'innervazione reciproca delle dita; al sesto e settimo posto, vengono le azioni sul tempo di reazione dell'occhio e del linguaggio; finalmente viene l'azione, praticamente nulla, sulla memoria, in cui però non fu studiata l'influenza della dose B.

Cinque dei sei processi, su cui abbiamo dati comparativi, mostrano un effetto medio maggiore per la dose più forte. L'unica eccezione che riguarda la soglia faradica, è spiegabile perchè i risultati sono probabilmente dovuti alla cooperazione di due diversi processi.

Il gruppo degli psicopatici studiati è troppo esiguo e i dati sperimentali sono troppo scarsi per essere confrontati con quelli del gruppo dei soggetti normali. Tuttavia è probabile che l'azione generale della dose A su loro non differisca essenzialmente da quella esplicata sui normali.

Questi dati, considerati nell'insieme, dimostrano che l'alcool agisce differentemente sui diversi centri del sistema nervoso di soggetti normali e psicopatici; i centri inferiori sono depressi al massimo, mentre i superiori lo sono al minimo. Ciò contraddice l'opinione tradizionalmente più diffusa. Hunt, informato di questi risultati, osservò che se realmente l'alcool avesse avuta un'azione narcotica elettiva dei centri nervosi superiori, esso sarebbe stato da secoli usato come anestetico.

Non può essere, continuano Dodge e Benedict, un accidente sperimentale che tutti i processi di reazione cerebrale (occhio, parola, memoria, libera associazione) formino una classe unica, caratterizzata dalle lievi modificazioni prodotte su loro da dosi moderate di alcool. In diretta opposizione alle vedute di Kraepelin, secondo cui la scarica motoria è facilitata dall'alcool, i dati obiettivi ottenuti dimostrano che i movimenti di più semplice esecuzione sono molto più seriamente depressi dall'alcool che i processi più nettamente intellettuali. Lo schema sensorio-motorio di Kraepelin circa gli effetti dell'alcool proveniva da una discutibile interpretazione delle complesse forme di reazione. Esso è dimostrato inadeguato dai fatti; e l'azione dell'alcool è un problema molto più complesso di quanto quel semplice schema indicherebbe.

Passando a discutere del meccanismo d'azione dell'alcool, Dodge e Benedict rilevano che la depressione osservata può essere effetto o di diminuita eccitabilità dei centri attivi, o di eccitamento di speciali centri inibitori.

L'alcool è noto per essere una sorgente di energia (utilizzata direttamente da alcuni tessuti, per es. dal cuore isolato e perfuso artificialmente); per essere in certe condizioni un irritante locale; e, finalmente, per essere un narcotico appartenente farmacologicamente al gruppo del cloroformio. L'azione generale dell'alcool sull'organismo risulta quindi dall'insieme di queste sue azioni possibili, come sorgente di energia, come irritante locale e come narcotico, sulle diverse funzioni del corpo. I dati sperimentali surricordati sembrano indicare piuttosto nettamente che nell'uomo l'azione depressiva predomina su tutte le altre, almeno al riguardo dei processi esaminati. Sorge però la domanda se la depressione apparente è dovuta a una paralisi reale di alcuni fattori direttamente, oppure essa è, in tutto o in parte, un effetto secondario di eccitamento di meccanismi inibitori. Resta poi, in ogni caso, da stabilire se l'azione è periferica o centrale; ossia, se l'alcool attacca direttamente i membri terminali della catena nervosa, o i processi coordinativi dei centri. Finalmente, essendo l'attività centrale sotto l'influenza dell'azione di altri tessuti (entocrini), uno studio completo sull'azione dell'alcool implica anche la ricerca di eventuali sue azioni su questi tessuti. Riserbando quest'ultima questione alla fine del completo programma, Dodge e Benedict si limitano qui a trattare le prime due questioni.

A favore dell'ipotesi che l'alcool abbia una azione eccitante in dosi piccole o moderate,

parlano le esperienze della scuola di Binz, di Sheffer e Lee, sui muscoli isolati, in cui credettero aver dimostrato che l'alcool è capace di aumentare il lavoro; di Mommsen, Efron e Breyer che videro aumentare l'eccitabilità dei nervi di rana; di Loeb, Wood e Hoyt, e Dixon che dimostrarono l'azione rinforzante dell'alcool sul cuore perfuso esaurito. Non mancano però argomenti per credere che molto dell'azione rinforzante dell'alcool è realmente dovuta ad effetti secondari o remoti (scuola di Schmiedeberg, Bunge, ecc.). I risultati dell'accurato lavoro ergografico di Rivers (1908) sono del tutto negativi. Meritano in proposito essere ricordate le autosservazioni di Frankfurter (1914) che, dopo l'uso di alcool, trovò gli errori di dattilografia enormemente aumentati, mentre la velocità era occasionalmente aumentata. « Io avevo l'impressione, egli scrive, che le dita corressero più presto di quello che io potessi trovare il giusto tasto da toccare. Spesso toccavo i tasti contro la mia volontà, così che dovevo volontariamente inibire i movimenti per non commettere un errore ad ogni lettera ».

È quasi fuori dubbio che anche nelle piccole dosi, insieme e come parte della depressione generale, abbia luogo una paralisi di fattori inibitori o controllanti. Essi possono, anzi, occasionalmente soffrire una depressione maggiore del processo diretto, come è il caso del polso. Se questa depressione di attività inibitrici si associa ad un rinforzamento prodotto da istruzioni fornite dall'esperienza, si realizzano adatte condizioni perchè avvengano deboli rinforzamenti delle reazioni, che però si trasformano rapidamente in fatti depressivi per dosi di poco più forti. Ciò probabilmente spiega le cause della grande varietà di effetti che si osservano comunemente nell'uso sociale dell'alcool, quando, cioè, circostanze esteriori determinano il rinforzo e l'alcool riduce le inibizioni.

Qualunque sia l'azione sui tessuti isolati, continuano Dodge e Benedict, i nostri dati forniscono chiari ed obiettivi indizi per ritenere che l'apparente depressione alcoolica di processi neuromuscolari è un fatto genuino e primario che non può essere riferito all'eccitazione di fattori inibitori, e che, per converso, qualora ha luogo un'apparente eccitazione per effetto di alcool, è dimostrabile (ritmo cardiaco, riflessi, memoria e soglia sensoriale) o probabile (reazione muscolare) che derivi da depressione, relativamente predominante dei processi di controllo o di inibizione.

Passando a discutere se la depressione alcoolica possa essere considerata come un processo conservativo simile al sonno, rilevano che in mancanza di contemporanee ricerche sul metabolismo dei soggetti, il fatto dell'aumentata attività cardiaca ci proibisce assolutamente di considerare la depressione neuromuscolare prodotta dall'alcool come un processo conservativo.

Riguardo al decorso cronologico negli effetti studiati, i due osservatori videro che l'inizio manifesto dell'azione cadeva nel periodo di 30′ dopo l'ingestione; l'effetto massimo avveniva in tempi diversi per i diversi processi, tra 95 e 120′; come il ritorno allo stato normale aveva luogo prima per i riflessi inferiori, mentre il disturbo dei centri coordinatori era ancora in aumento. Nessuna notevole differenza trovarono al riguardo tra le due dosi; come nessuna manifesta influenza videro da parte della ripetizione degli esperimenti.

Passando, finalmente, a discutere della correlazione delle varie misure col valore medio dei risultati, concludono che, sotto ogni riguardo, i movimenti oculari rappresentavano la misura più obbiettiva e importante del gruppo, essendo meno di tutte passibile di modificazioni arbitrarie, variando direttamente colla dose alcoolica, seguendo strettamente la media totale di tutte le prove e mostrando i caratteri più generali.

Chiudono lo studio coi seguenti rilievi:

« Prescindendo dal valore pratico di questa corrispondenza tra gli effetti dell'alcool sui processi di coordinazione e gli effetti medi, essa implica un fatto piuttosto essenziale teoricamente. Se in tutti i diversi processi indagati, i processi di coordinazione rappresentano una tendenza numerica centrale, ciò deve significare che essi corrispondono in una maniera più stretta ad una tendenza centrale reale dell'azione alcoolica. Ciò sembra indicare che la modificazione alcoolica, nella funzionalità media dei nostri soggetti, è funzione di coordinazione centrale. Se questo indizio sarà confortato da future ricerche, dimostrerebbe che ciò non è soltanto della massima importanza per intendere le varie manifestazioni dell'azione dell'alcool nei casi individuali e i fenomeni generali del suo eccessivo uso; ma getterebbe un raggio di luce sull'organizzazione complessa di processi psicofisici normali, come pure sugli effetti della fatica e di altri agenti depressivi ».

In aggiunta a queste ricerche meritano essere ricordate quelle di C. Colucci (1914) sull'influenza acuta del vino sul polso cerebrale e sul lavoro mentale, eseguite su un soggetto trapanato al parietale destro. E gli vide che, con dosi medie, a un fugace rinforzo iniziale delle pulsazioni, segue un polso piccolo, depresso,

disuguale, con sconcerti ed oscillazioni del volume cerebrale, che aumentano d'intensità colle dosi maggiori e in cui predominano fatti ischemici. Il lavoro mentale (sforzi di attenzione visiva, uditiva, ecc.) rappresenta pel cervello, sotto l'azione dell'ebrezza, uno stimolo ed una fatica assai maggiori del normale.

4. — In complesso, non v'ha chi non veda che i risultati delle precedenti ricerche sperimentali suonano concordemente un verdetto di condanna contro l'uso delle bevande alcooliche anche a dosi moderate. L'utilizzazione pratica dell'energia non è, per lo meno, economica; nella fatica in montagna ha un'azione piuttosto sfavorevole che favorevole; su molti processi normali del sistema nervoso centrale agisce come deprimente e come causa perturbatrice della coordinazione motoria. Che dovesse manifestarsi una simile azione, quasi elettiva, dei fattori coordinatori dei movimenti più fini, si poteva facilmente prevedere considerando che l'ubriaco, oltre ai disturbi mentali, presenta notevolissimi quelli della coordinazione motoria (deambulazione).

Eppure non mi illudo sugli effetti reali dei risultati di queste ricerche. Nessuno o quasi nessuno (anche dei lettori medici, che non sia già astinente) ne trarrà forza e convinzione per rifiutare o condannare in senso assoluto l'uso delle bevande alcooliche. Quali sono, allora, le ragioni che militano a favore di esse e sono così convincenti da preponderare su motivi, che appaiono di una tanto salda fondatezza scientifica?

Egli è che il problema delle bevande alcooliche non è confinato nell'ambito delle ricordate ricerche sperimentali di laboratorio, che, tutto al più, possono lumeggiare un solo lato, che non è neppure scevro di obiezioni, quando si vogliono estendere i risultati ottenuti al caso pratico.

Una prima e grave obiezione a siffatte ricerche è stata mossa da L. Bianchi (1916); secondo il quale molte di esse furono eseguite con metodo erroneo; riportando le sue parole, l'uso di quantità piuttosto alte di alcool, la somministrazione di esso a digiuno o con poco pasto e tutto in una volta, e la qualità dell'alcool adoperata irradiano sull'azione di moderate quantità di vino puro una luce sinistra che il nostro vino non merita.

Infatti è fuori dubbio che l'azione di dosi d'alcool ingerite in siffatte condizioni non può essere paragonabile a quella delle bevande alcooliche comuni ossia del vino (o della birra), ingerite durante il pasto, insieme ad altre sostanze alimentari, che ne rallentano, per lo meno, l'assorbimento, quando non ne neutralizzano, in parte, gli effetti sul sistema nervoso. Tutti sanno che il miglior correttivo di smodato uso di vino o di liquori durante un lauto pasto, è una tazza di buon caffè alla fine della tavola.

Nella questione generale sul valore fisiologico delle bevande alcooliche si dee fare una netta distinzione tra le diverse specie di esse: vino (birra) o liquori, ossia il prodotto di fermentazione del succo d'uva (o dell'orzo germinato) o il prodotto di distillazione di amidi o fecole. Tale distinzione s'impone non solo per il diverso contenuto (e in qualche caso qualità) di alcool (che oltre all'etilico può esservi in forma di metilico, molto più tossico), il diverso consumo ecc., ma sopratutto perchè molte altre sostanze, che pure hanno una spiccata e varia azione fisiologica, entrano nella composizione delle diverse bevande alcooliche.

È chiaro che per aver un concetto possibilmente completo ed esatto del valore fisiologico di esse, non dobbiamo dimenticare per l'alcool, che certamente ne è il costituente più importante, l'azione specifica degli altri componenti.

La composizione chimica dei vini varia notevolmente secondo le diverse specie di esso, che sono numerosissime. I componenti del vino comune da pasto o da tavola, in media, sono i seguenti (König e Villavecchia): acqua, 80-94 %; alcool etilico 5-15 % in vol.; glicerina, 0.4-1.2; zucchero (esclusi i vini dolci), 0.0-0.2; materie coloranti (derivati della clorofilla); grassi, 0.005-0.01; proteine, 0.05-0.5; sostanze tanniche (tannino), 0.01-0.5; acidi organici non volatili (tartarico, 0.0-0.25; malico, 0.8; succinico, 0.06-0.15; citrico, lattico) e volatili (acido carbonico, acetico, 0.02-0.12; propionico, valerianico); sali di K, Ca, Mg, allumina; diversi eteri composti od oli eterei, cui si deve il tanto apprezzato profumo o *bouquet* dei vari vini, e che in parte provengono dalle uve e in parte dalla fermentazione e dall'invecchiamento.

Molte di queste sostanze hanno un indiscusso valore alimentare, come i grassi, la glicerina, lo zucchero, le proteine, gli acidi grassi; altre, i sali, possono avere un'azione farmacologica sui reni, sul cuore, ecc. Ma le più importanti sono quelle che hanno un'azione spiccata sui due organi di senso chimico, ossia sul gusto e sull'olfatto. È questa forse l'azione prevalente che il profano di scienze biologiche sa apprezzare nei vini da pasto, più che quella dell'alcool, cui invece si è data sinora nel campo degli studi medici quasi l'esclusiva importanza.

Ciò è dimostrato dal fatto che la classificazione pratica dei vini ha per caratteri differenziali, più che la proporzione di alcool (secondo cui si dividono i vini in forti e leggeri), la presenza e la quantità di questi componenti secondari. Ricorderò la distinzione fondamentale del pastoso (in cui predomina il sapore dolce dello zucchero) e dell'asciutto (in cui manca il sapore dolce, mentre è presente il gusto astringente delle sostanze tanniche e degli acidi organici); dell'asprino (in cui prevale il sapore acidulo degli acidi organici dell'uva non del tutto matura, delle nostre montagne o dei paesi nordici); del frizzante (carattere del Chianti, per la forte proporzione di anidride carbonica), ecc.

Nè ultima importanza ha il contributo del senso visivo nel giudicare ed apprezzare i vini, nella policroma scala del rosso scuro al chiaro roseo o ambrato.

Che l'olfatto partecipi essenzialmente nel piacere procurato dal vino, è dimostrato dai noti fatti che anche il più mediocre intenditore saggia prima col naso e poi col palato ogni nuovo campione, e che nel raffreddore di testa si perde una gran parte del gusto del vino.

Lo stesso potrebbe ripetersi per ogni altro gruppo di bevande alcooliche (vini di lusso, birre, liquori).

Queste proprietà, delle bevande alcooliche, di soddisfare al gusto e all'olfatto, fornendo sensazioni svariate e gradevoli, per cui devono essere considerate come *mezzi voluttuari*, conferiscono ad esse un valore fisiologico indiscutibile, che contribuisce, per lo meno, a spiegare il loro uso tanto diffuso e profondamente radicato. Esse d'altra parte dipendono solo in parte dall'alcool contenuto nelle stesse bevande; mentre sono quasi del tutto dimenticate nella discussione generale del valore fisiologico delle bevande alcooliche, in cui si dà il maggior peso alle proprietà dell'alcool.

Invano ho cercato nella copiosa letteratura della fisiologia degli organi di senso uno studio sperimentale sulle proprietà gustative ed olfattive del vino (o di altra bevanda alcoolica) e dei suoi componenti, l'alcool compreso. Alcune rapide autosservazioni fatte con alcool etilico a 95°, mediante la stimolazione puntiforme, con minuscolo batuffolino di ovatta imbevuta nel liquido, sulle diverse regioni della lingua, mi hanno dimostrato che questa sostanza provoca genuine sensazioni gustative, di tonalità dolce, poichè si avverte solo quando è applicata nelle regioni (della punta, dei margini e del V), in cui si trovano i calici gustativi, mentre (a dosi piccole) non si avverte sul dorso centrale della lingua, in cui, come è noto, difettano gli organi terminali del gusto. A dosi più forti (che del resto corrispondono a quelle ingerite comunemente coi liquori) esplica un'azione di bruciore e di secchezza su ogni punto della mucosa orale (della lingua, delle labbra, del palato, delle fauci). Questa tipica e forte sensazione è evidentemente dovuta all'azione irritante (coagulante) dell'alcool sulle terminazioni dei nervi di senso generale (tattile, termico e dolorifico). L'alcool agisce finalmente, essendo volatile, sull'olfatto, provocando sensazione di odore caratteristico, che richiama lontanamente l'odore d'anice.

Queste proprietà sensoriali, di triplice specie, dell'alcool concorrono evidentemente a formare quel complesso di sensazioni prodotte dall'ingestione delle diverse bevande alcooliche, pur non essendone forse la fonte principale. Delle tre specie analizzate di sensazioni prodotte dall'alcool, una è quella che emerge, fra tutte, anche nell'insieme delle altre sensazioni gustative e olfattive prodotte dai vini o dai liquori: questa è la sensazione forte di bruciore (e secchezza, quasi ammortimento dell'intera superficie della mucosa venuta a contatto col liquido), prodotta dall'alcool per la sua azione mortificante sulle terminazioni di senso generale. Quest'azione molto probabilmente è, tra tutti gli altri componenti eventuali delle bevande alcooliche, specifica dell'alcool, ed è ad essa, quasi certamente, connessa l'idea tradizionale che queste bevande brucino nel corpo e bruciando fortifichino e riscaldino A questa sensazione, la cui intensità è direttamente proporzionale col contenuto alcoolico, quasi di violento dolore, che nell'inesperto provoca persino le lagrime, attribuisce il bevitore mattutino di grappa o di acquavite l'importanza di uno stimolo che momentaneamente lo desti dalla nebbia della sbornia della sera precedente.

Nulla sappiamo di ben definito scientificamente circa le proprietà gustative ed olfattive degli altri variabili costituenti delle bevande alcooliche; alla deficienza di studi scientifici supplisce, tuttavia, l'esperienza pratica, la quale, come abbiamo sopra accennato, insegna che ad esse compete una importanza preponderante nell'uso e nell'apprezzamento delle diverse bevande alcooliche.

Se si analizzano i motivi pratici dell'uso di queste bevande, vediamo che essi non sono certamente quelli addotti dagli scienziati a favore di esse, ossia specialmente il fatto che l'alcool

contenuto è una buona sorgente di energia facile a smaltire e capace di sostituire l'energia derivante dagli altri alimenti. Il concetto delle bevande alcooliche come mezzo alimentare, nel senso stretto della parola, è un concetto puramente scientifico e che non è mai esistito nel campo dei profani. I motivi pratici che muovono a bere e contro i quali avranno sempre da combattere gli avversari delle bevande alcooliche, si condensano nel godimento o piacere sensuale procurati da queste; godimento o piacere che in parte deriva dalle ricordate proprietà gustative ed olfattive e in parte dall'azione centrale dell'alcool.

Le circostanze pratiche usuali, in cui si ricorre a queste bevande, sono il bisogno di estinguere la sete, che si prova durante i pasti di vivande solide o semisolide (il bisogno di far calare il boccone, come si dice famigliarmente, e che corrisponde a una reale necessità fisiologica, poichè i bocconi o boli semisolidi difficilmente da soli superano lo sfintere del cardias); o che si prova in estate o dopo faticose marce, in qualsiasi ora del giorno, per la soverchia perdita di acqua per la cute e i polmoni. Certamente il mezzo naturale e migliore per estinguere la sete in tutti questi casi è l'acqua potabile. Purtroppo però la maggioranza degli uomini coll'andare dei secoli di civiltà ha perduto la capacità di provare sensazioni piacevoli nel dissetarsi con un mezzo così primitivo e naturale. O è forse più giusto pensare che anche questa ricerca di nuovi ed efficaci mezzi per soddisfare i sensi del gusto e dell'olfatto, rivela quella profonda tendenza dell'umanità a procurarsi mezzi sempre più raffinati in tutti i campi delle soddisfazioni, umili o sublimi, che costituisce il movente principale del progresso.

Comunque e senza voler indossare la toga del moralista censore per riprovare tale degenerazione (se degenerazione essa è), è un dato di fatto con cui dobbiamo sempre contare, che l'uso delle bevande alcooliche è giustificato dalla loro innegabile proprietà di costituire una sorgente di godimento (sia pure umile) sensuale, a cui difficilmente gli uomini potranno rinunziare pel timore di futuri e, nella loro mente, problematici danni della salute. Il mezzo più pratico ed adatto per combattere l'uso delle bevande alcooliche consiste, evidentemente, nel cercare di surrogarle con altre bevande che procurino lo stesso piacere, senza contenerne il veleno. Purtroppo i numerosi e svariati tentativi fatti a tale scopo dalle società antialcooliche non hanno sortito fortunato successo, specialmente, io credo, perchè è molto difficile praticamente trovare un'altra sostanza dotata delle stesse proprietà gustative ed olfattive (trascurando le centrali, che son quelle che si vogliono evitare) dell'alcool. Merita certamente incoraggiamento ogni propaganda, che miri a diffondere l'uso dei sciroppi, contenenti zucchero ed essenze eteree, o dei succhi naturali delle frutta, l'uva compresa, che è senza dubbio tra le migliori dal punto di vista igienico ed alimentare.

Il piacere o godimento procurato dalle bevande alcooliche ha, come ho detto, una duplice origine: quella delle fugaci sensazioni gustative ed olfattive del momento del bere e quella postuma, ma più duratura derivante dall'azione dell'alcool sui centri nervosi. All'analisi di quest'ultima mirano, come abbiamo visto, più speciamente le ricerche fatte sinora dai medici e biologi. Qui non ricorderò che i dati più rilevanti in merito soprattutto dell'azione psicologica.

A tutti è noto quel vago senso di benessere o di euforia prodotto da dosi moderate di alcool; una superficiale analisi di questo stato mostra che esso è costituito fondamentalmente da una più o meno intensa depressione dei processi inibitori (della riflessione e della critica), cui si associa un innegabile esaltamento dei processi fattivi e d'iniziativa. Una piccola dose di alcool rende notoriamente animoso chi per natura non è soverchiamente dotato di coraggio, pel fatto che appaiono le difficoltà facilmente superabili e sprezzabili i pericoli. Quanti non cercano di affogare nel vino i dolori morali e le angustie di una carriera o di un vincolo sfortunati?

Chi ama possibilmente comprendere la questione nei suoi più ampi e reali limiti, non può trascurare quest'azione delle bevande alcooliche, che si rivelano come uno (e forse dei più potenti) mezzi di conforto e di oblio delle sofferenze umane.

Ma havvi un altro lato ancora che è stato pur messo all'attivo di queste bevande, considerate per così dire da un punto di vista più elevato di quello che riguarda il patrimonio di beni e di mali individuali, ossia da un punto di vista sociale. Chi può negare che insigni opere artistiche, ad esempio, non siano il frutto di più o meno profonde ebbrezze alcooliche? Sono specialmente i compositori musicali e i letterati (non occorre far nomi noti) che hanno dimostrato di poter lavorare solo sotto l'influenza dell'alcool. È vero che essi non sono che un'eccezione e che quasi sempre si può dimostrare anche che le loro migliori opere, partorite di getto sotto l'ebbrezza, furono poi

limate e perfezionate a mente fredda. Comunque resta sempre il dubbio affacciato dagli amici dell'alcool, che esse non sarebbero sorte se l'artista non avesse bevuto. Ma non potrebbe essere anche vero che se l'artista non si fosse abituato all'alcool (da cui poi, secondariamente, come avviene sempre in tutti i casi di abitudine all'azione di un veleno, ad es. della morfina, riceve azione stimolante) avrebbe forse prodotto opere migliori? Non si può, infatti, negare che i più grandi geni e le più grandi opere (specialmente scientifiche e politiche) furono immuni dall'alcool.

Ma ancora un altro lato, che pure esula dall'ambito ristretto delle pure considerazioni scientifiche, merita essere ricordato per la sua grande importanza. Questo lato della questione deriva da considerazioni, per così dire, di economia nazionale. Il suolo della nostra patria (come quello di altre nazioni meridionali) è celebre, *ab antiquo*, per la sua feracità in vini eccellenti. Non basta aver dimostrato che l'uso o l'abuso dell'alcool è dannoso alla salute, perchè se ne tragga senza altro la conseguenza pratica di estirpare per sempre tutte le viti del nostro suolo, che si dovrebbe invece utilizzare, per intero ed esclusivamente, per la coltivazione del grano. Una siffatta idea è abbastanza diffusa nel campo dei profani in scienze agricole; essa però non è scevra di gravi obbiezioni.

Non è necessario essere un esperto agronomo per sapere che non tutti i terreni si prestano ugualmente alla coltivazione dei cereali, che specialmente i terreni collinosi ed aprichi sono adatti alla coltura della vite, che non tutte le annate sono favorevoli allo sviluppo dello stesso genere, che anzi si osserva non raramente che quando il clima non fu favorevole alla produzione, per es., del grano, lo fu di altri generi ad es. del mais o dell'uva; che, quindi, è sempre consigliabile coltivare due o più generi, che possono compensarsi, anche perchè diversi sono i materiali nutritivi del terreno necessari allo sviluppo delle diverse piante agricole. Nè si dee dimenticare che la coltura della vite non impedisce la contemporanea coltivazione sullo stesso suolo di altre piante, che la mano d'opera non coincide con quella necessaria per queste, che, infine, in molte regioni, dove si coltiva la vite col sistema di maritarla ad alberi di alto fusto, questi forniscono la legna da ardere per gli usi domestici.

Inoltre, sempre restando nel campo delle considerazioni di economia nazionale, non si dee dimenticare il grande capitale energetico racchiuso nei 40 o 50 mila ettolitri di vino esportato dall'Italia all'estero e nelle ancor più numerose migliaia, per non dire milioni, di ettolitri di vino consumato dagli italiani, all'anno; capitale energetico che si somma a quello prodotto dagli altri generi agricoli e che per la parte esportata all'estero, si tramuta in capitale di ricchezza introdotta nel paese. Non è il caso di diffondersi ulteriormente su queste considerazioni; il loro accenno, per per quanto fugace e da parte di un incompetente, mostra però all'evidenza che la questione delle bevande alcooliche assume un'enorme importanza per il nostro paese e che, quindi, l'attuazione del programma di abolirne l'uso, pel fatto che l'alcool è dannoso alla salute, incontra tali e tante difficoltà pratiche da farlo quasi sembrare utopistico.

5. — Tornando al campo più ristretto di nostre considerazioni sull'azione fisiologica delle bevande alcooliche, prima di chiudere, ci rimane di toccre alcune credenze molto diffuse in proposito, tanto nel campo dei medici che dei profani.

Un'opinione molto accreditata è che l'uso di moderate dosi di vino o di birra, durante i pasti *faciliti la digestione*. Tale facilitazione potrebbe essere l'effetto dell'azione locale dell'alcool sulle mucose dello stomaco e dell'intestino, che ne sarebbero stimolate a secernere i succhi digerenti. A questa possibilità contrasta, però, il fatto che le bevande soggiornano pochissimo tempo nello stomaco, che attraversano senza neppure venire a contatto colle pareti del fondo e della grande curvatura, e che giunte nell'intestino abbastanza rapidamente si riassorbono. Ciò non esclude, tuttavia, che una breve azione irritativa non si esplichi e che almeno una parte di esse resti nello stomaco più a lungo trattenutavi dalla massa alimentare degli altri cibi, che imbeve. Ma forse più che all'azione locale, le bevande alcooliche ingerite col pasto debbono anche esse i loro effetti di apparente facilitazione dei processi digestivi alla loro azione generale sui centri, consistente, come abbiamo visto, in un senso vago di interno benessere, per cui ogni difficoltà (anche quella, più o meno reale, della digestione) perde di peso. Non è però da tacere che forse queste bevande facilitano indirettamente i processi digestivi, pel fatto che provocando, come abbiamo visto, sensazioni gustative ed olfattive gradevoli promuovono o rinforzano la secrezione gastrica, come è stato dimostrato dal Pavlov per tutti gli odori o sapori gradevoli e connessi colle vivande, che provocano il « succo gastrico dell'appetito ».

Un'altra opinione molto diffusa è che l'uso

di bevande alcooliche (vini generosi e liquori) sia un ottimo mezzo per difendersi dal *freddo*. È noto il largo uso di punchs caldi presso popoli nordici e da noi nell'inverno. Si crede comunemente che ciò produca un riscaldamento interno, con cui far fronte all'eccessivo raffreddamento esterno. E tale credenza sembra fondata realmente dai fatti soggettivi di calore che si avvertono poco dopo l'ingestione della bevanda, irradiantesi dalle fauci e dallo stomaco verso tutta la periferia del corpo.

È stato però dimostrato che queste sensazioni hanno un'origine illusoria, ossia non dipendono da reale aumento di temperatura dell'organismo (la quale, anzi, è stata vista diminuire o rimanere costante), ma semplicemente da fatti vasomotori. L'alcool venendo a contatto colla mucosa della bocca e dello stomaco provoca, come abbiamo detto, localmente un'irritazione, cui segue salivazione e dilatazione dei vasi sanguigni. Dopo il suo assorbimento, agendo sui centri nervosi, provoca vasodilatazione cutanea, donde il senso di calore di tutto il corpo, ma che produce anche aumento di dispersione del calore, ossia l'effetto opposto di quello che è necessario per non assiderare. Ciò spiega i ben noti casi di morte per raffreddamento di ubriachi caduti sulla via nelle rigide notti nordiche. Non credo si possa concepire un migliore sperimento per dimostrare che la produzione di calore proveniente dall'alcool ingerito non è sufficente a coprire la perdita di calore provocata dall'alcool stesso per la sua azione sui centri. Contro il raffreddamento esterno il miglior mezzo è il riscaldamento esterno, sia coll'aumentare artificialmente la temperatura esteriore (col fuoco), sia col diminuire la dispersione di calore dal corpo mediante vesti o pellicce. L'illusorio riscaldamento interno dell'alcool non elimina la causa esterna del freddo, non diminuisce, anzi accresce la dispersione termica dal corpo, solo aumenta, ma di poco e con ritardo (come abbiamo visto, in principio, trattando della combustione dell'alcool nell'interno del corpo) la provvista di materiale combustibile, ma attutisce pure, sino a spegnere, le vigili sentinelle centrali.

Un'altra opinione, anch'essa molto accreditata, è quella concernente l'azione utile delle bevande alcooliche nelle *malattie*. Questo punto merita una speciale attenzione da parte nostra perchè entra direttamente nell'ambito della professione medica. Gli argomenti teorici che militano a favore di quest'uso sono specialmente nel fatto che l'alcool è una sostanza che per essere assorbita non ha bisogno di alcun lavorio digerente, dallo stomaco e dall'intestino passa direttamente nel sangue e nei tessuti, ove lentamente si ossida liberando calore. Come fonte di energia, ammesso che possa sostituire in tale compito i grassi e i carboidrati del corpo, appare, quindi, preferibile ai comuni alimenti, che durante i processi morbosi, specialmente febbrili, non sono digeriti ed assorbiti. Non si dee dimenticare, però, che il bisogno energico, molto problematico in condizioni normali, come vedemmo nella parte seconda di queste note, è ancora più problematico e in ogni caso molto minore nei processi morbosi. Esso può venire in considerazione solo nel caso di malattie lunghe ed estenuanti, in cui è compromessa la funzionalità degli organi digerenti ed assorbenti. Ma un altro lato dell'azione fisiologica dell'alcool, quello cioè della sua influenza sui processi psichici, emerge anche qui come motivo di giustificazione dell'uso di dosi moderate; certamente quel senso interno di benessere generale che segue all'ingestione di queste bevande può alleviare le sofferenze dell'infermo, elevarne il tono psichico e facilitare, quindi, i processi di guarigione. Così le bevande alcooliche possono direttamente assumere il valore di non trascurabile medicamento.

Dell'azione *patologica* dell'alcool, ossia del complesso ed importantissimo campo dell'alcoolismo, non qui il caso di trattare; non tralascerò tuttavia di segnalare, al riguardo, il brillante articolo di L. Bianchi (*Nuova Antologia*, 1916), il quale, tra altre importanti osservazioni, giustamente avvisa che una delle più probabili cause remote dei caratteri degenerativi del popolo nostro è l'uso dell'alcool « che ha saturato da millennii la razza », conseguenza dell'abbondante atavica produzione di vino nel nostro paese.

La questione dell'azione fisiologica delle bevande alcooliche assume oggi un'importanza speciale sotto due aspetti: quello del loro *pratico uso* come *mezzo alimentare* (*energetico*) di *sostituzione* di altri alimenti, divenuti eccessivamente cari o deficenti, per l'attuale crisi suscitata dalla guerra, e quello del loro uso pratico nel *vitto militare*.

Sul primo quesito è facile intendersi dopo quanto è stato precedentemente esposto. Le bevande alcooliche (vino) sono in grado di sostituire, nel metabolismo energetico, i carboidrati e i grassi: e ordinariamente si può constatare che ogni moderato bevitore di vino consumando un litro al giorno, suddiviso nei due pasti, ingerisce in media 80-100 gr. di alcool, che corrispondono circa a 700 calorie (ved. sopra),

cesarie giornalmente ad un adulto che non compie eccessivo lavoro muscolare; come è facile constatare che i forti bevitori mangiano limitate quantità di cibi ricchi di grassi e di carboidrati, pur ingrassando notevolmente. Dal punto di vista della convenienza economica individuale, ciò non significa però, come accennammo in principio, che l'uso del vino rappresenti un buon affare, almeno sinchè i prezzi delle altre derrate non saliranno (*quod deus avertat*) di tre o quattro volte, e quello del vino resti fermo. Dal punto di vista dell'economia generale (nazionale), certamente le bevande alcooliche rappresentano un considerevole capitale.

Neanche molto difficile sarà, dopo quanto abbiamo esposto, la risposta al secondo quesito dell'uso delle bevande alcooliche nel vitto militare. Dobbiamo distinguere due casi: quello delle truppe territoriali, accasermate, cioè, e alimentate nei depositi di città o di borgate del Regno, e quello delle truppe operanti in zona di guerra. L'elevato prezzo del vino, le facili adulterazioni commerciali, ma soprattutto il fatto che l'attuale razione di viveri contiene, in qualità e quantità, tutte le sostanze nutritive necessarie a coprire le perdite del consumo organico e a promuovere lo sviluppo di giovani adulti, anche di forte costituzione e sottoposti a gravosi lavori, sono motivi sufficienti per sconsigliare l'aggiunta di vino al normale vitto militare, tanto più che è noto, per esperienza, che il soldato acquista appunto il vino, coi propri denari, dal cantiniere o dal trattore. Sotto aspetto diverso si presenta la questione delle truppe operanti in zona di guerra. Per esse non è tanto il motivo che l'aggiunta di vino o di bevande alcooliche (marsala, cognac, elisir di china, anice) accresce il materiale combustibile degli alimenti, che ne sono provvisti a sufficienza anche perchè l'attuale guerra di posizione non esige, come nel caso di guerra manovrata, eccessivi sforzi muscolari, ma il motivo dell'azione psicologica dell'alcool rende giustificabile l'uso moderato di queste sostanze da parte dei soldati che vivono in trincea nei disagi e nei pericoli continui. Anche la considerazione che per essi sarebbe di .cile, per non dire talora quasi impossibile, l'acquisto di bevande alcooliche a proprie spese. Però il loro uso deve essere temperato e razionale. Appunto i risultati delle ricordate ricerche di Dodge e Benedict hanno dimostrato la dannosa azione di dosi anche moderate di alcool su alcuni processi neuromuscolari, che per l'appunto devono essere perfettissimi ed intatti in alcune contingenze della vita militare al fronte. Questi processi sono quelli concernenti la coordinazione motoria, nel maneggio rapido del fucile, della mitragliatrice, del cannone e di tutti gli altri strumenti bellici, come pure nell'ufficio della sentinella o dell'esploratore (terrestre o aereo) funzionano i fini processi di coordinazione motoria e quelli della massima attenzione e inibizione. Mancano esperienze al riguardo (che mi propongo di iniziare alla prima occasione), ma dai dati degli osservatori americani mi sembra legittimo trarre la conclusione pratica che non si debba, in tutte le accennate circostanze, permettere l'uso di bevande alcooliche. Volendole, per le prime accennate ragioni, aggiungere alla razione di queste truppe, si dovrà curare che non solo l'uso deve essere moderato, ma che si faccia (a guisa di premio) solo dopo l'esecuzione delle dette operazioni, da cui spesso dipendono la vita individuale e il successo dell'azione, che vogliono dire la vittoria e la salvezza della Patria.

In vista dell'importanza fisiologica, economica e sociale che il problema dell'alcool presenta, siamo ben lieti di accogliere, malgrado le difficoltà inerenti allo spazio, la completa ed esauriente rivista riassuntiva che l'insigne prof. S. Baglioni si è compiaciuto di redigere per i nostri lettori intorno a questo argomento.

STRUMENTI ED APPARECCHI NUOVI.

Emostasi per mezzo di palloncini elastici; abolizione del laccio emostatico.

Prof. ANGELO SORESI, di New York, Capitano Medico, Direttore del Servizio Sanitario allo Sbarramento di Val Cordevole.

Nelle emorragie causate da lesioni di arterie, il laccio emostatico se ha salvato qualche vita è stato troppe volte la causa diretta della perdita di arti. L'ideale dell'emostasia temporanea è di frenare bensì l'emorragia ma di permettere una irrorazione sanguigna dell'arto in modo che l'arto stesso non cada in gangrena; questa emostasia ideale è praticata colla pressione digitale sull'arteria lesa. Per molte ragioni troppo ovvie per essere anche semplicemente enumerate l'applicazione della pressione digitale è di uso limitato, credo utile quindi presentare un sostituto della pressione digitale che può essere applicato in tutti i casi in cui si applica il laccio emostatico ed anche i casi in cui il laccio emostatico non potrebbe essere usato, come ad esempio al collo per la carotide o alle tempia per la temporale.

L'emostasia come è stata in moltissimi casi applicata dallo scrivente è fatta per mezzo di

aria compressa ed i mezzi diretti per ottenere tale compressione sono due; o per mezzo delle comuni palle di gomma elastica o per mezzo

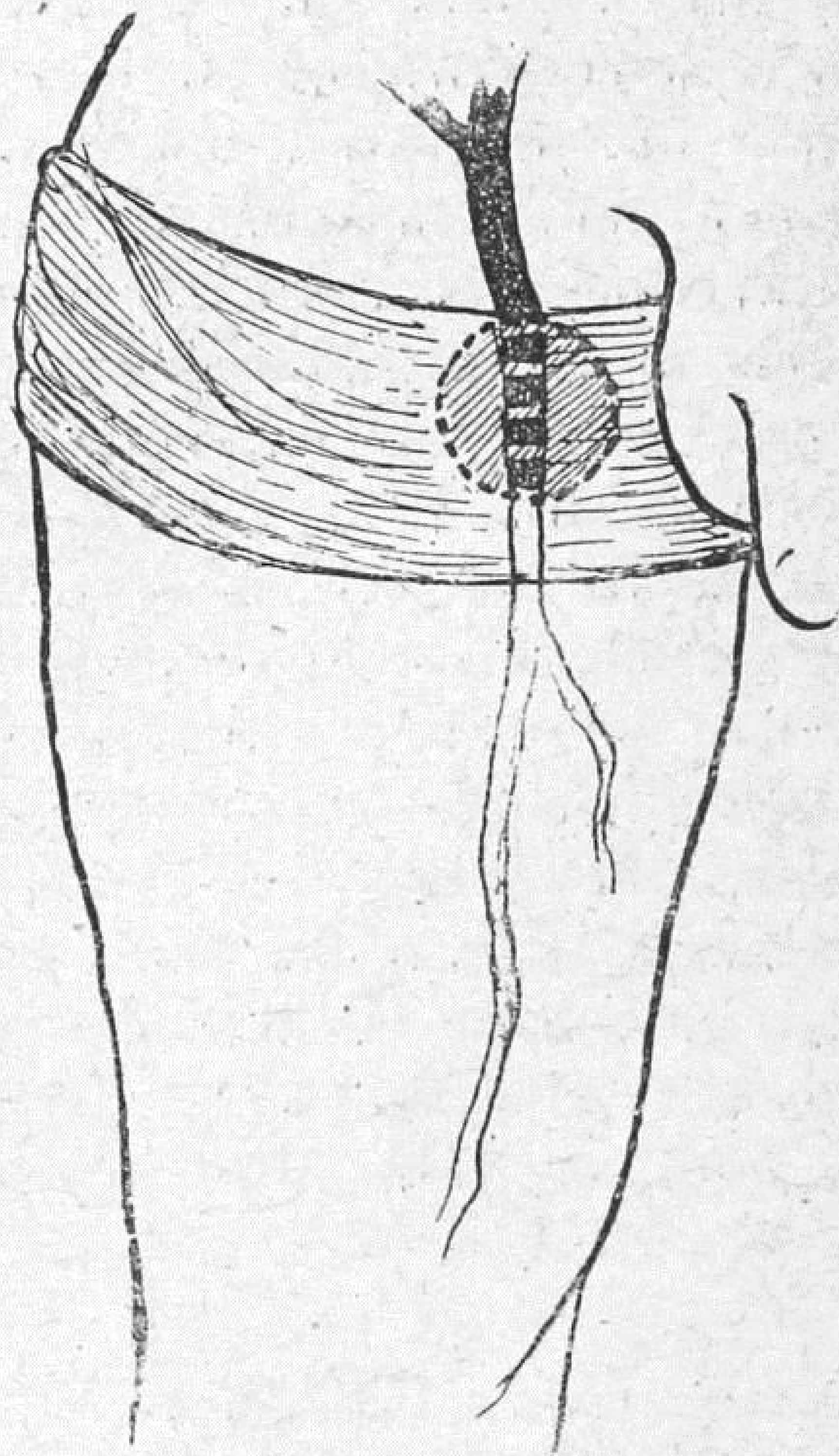


Fig. 1. — Emostasi della femorale.

di palloncini pure di gomma elastica che si possono rigonfiare.

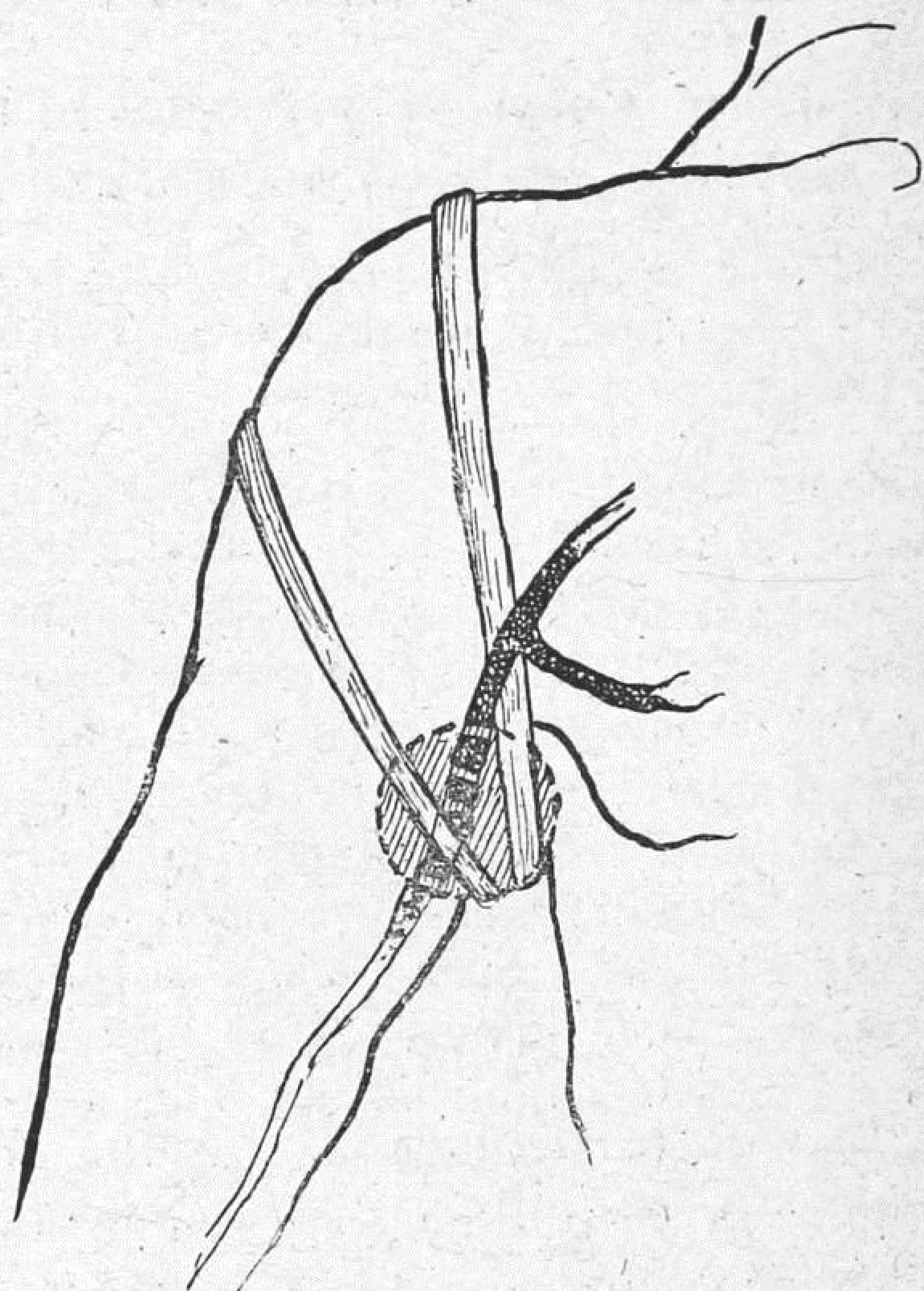


Fig. 2. — Emostasi della ascellare.

Il *modus operandi* per ottenere una perfetta emostasi è il seguente:

Con palle di gomma elastica:

Si applica la palla di gomma elastica sull'arteria lesa a monte della lesione e si assicura in posto con una fasciatura a spiga fatta con fasce di cambric o con striscie di cerotto adesivo. È chiaro ad esempio che una fasciatura

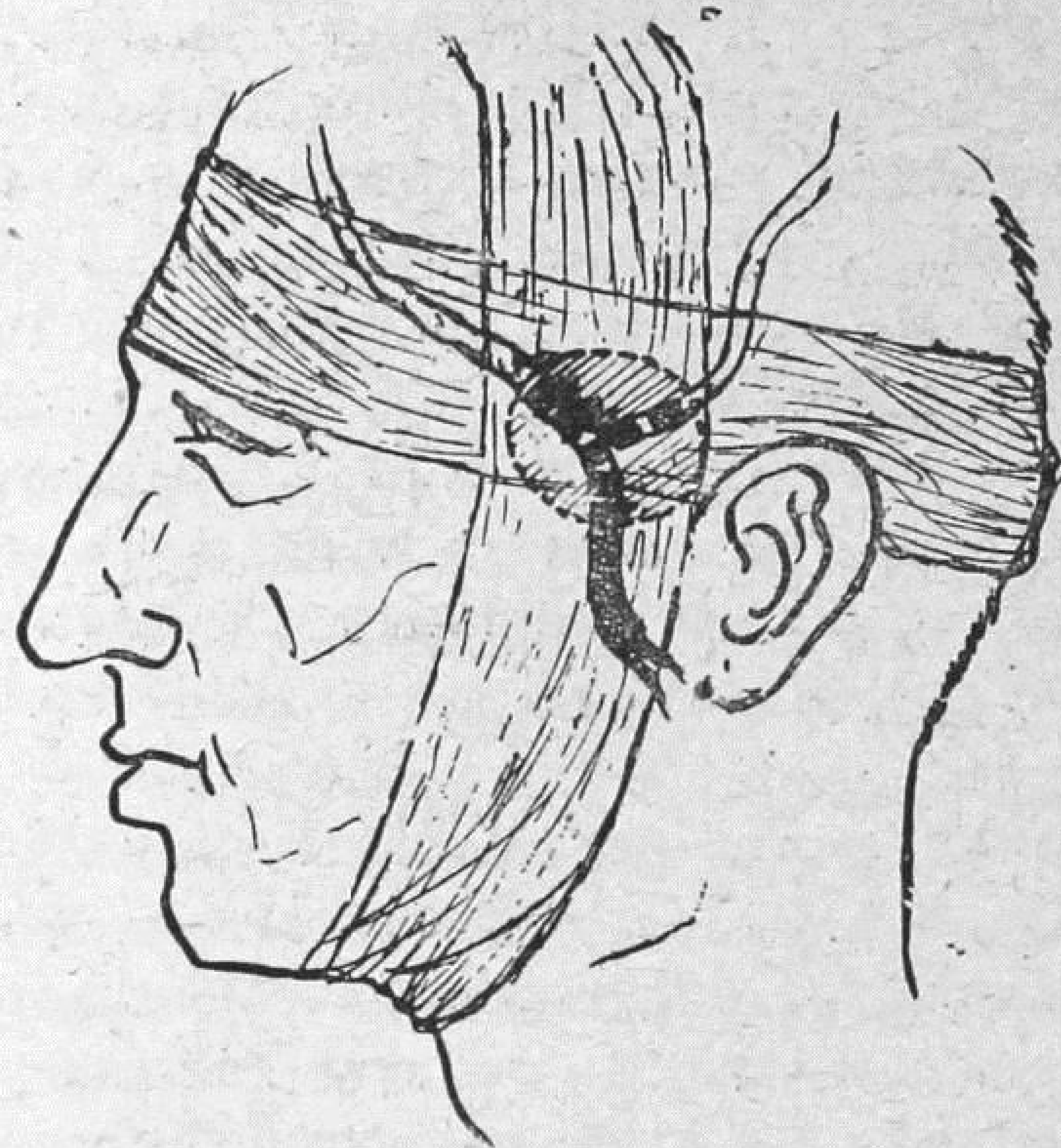


Fig. 3. — Emostasi per la temporale.

piuttosto stretta fatta all'inguine con una palla di gomma posta sopra la femorale, al triangolo di Sarpa, farà comprimere l'arteria stessa dalla palla di gomma elastica (fig. 1) e basterà

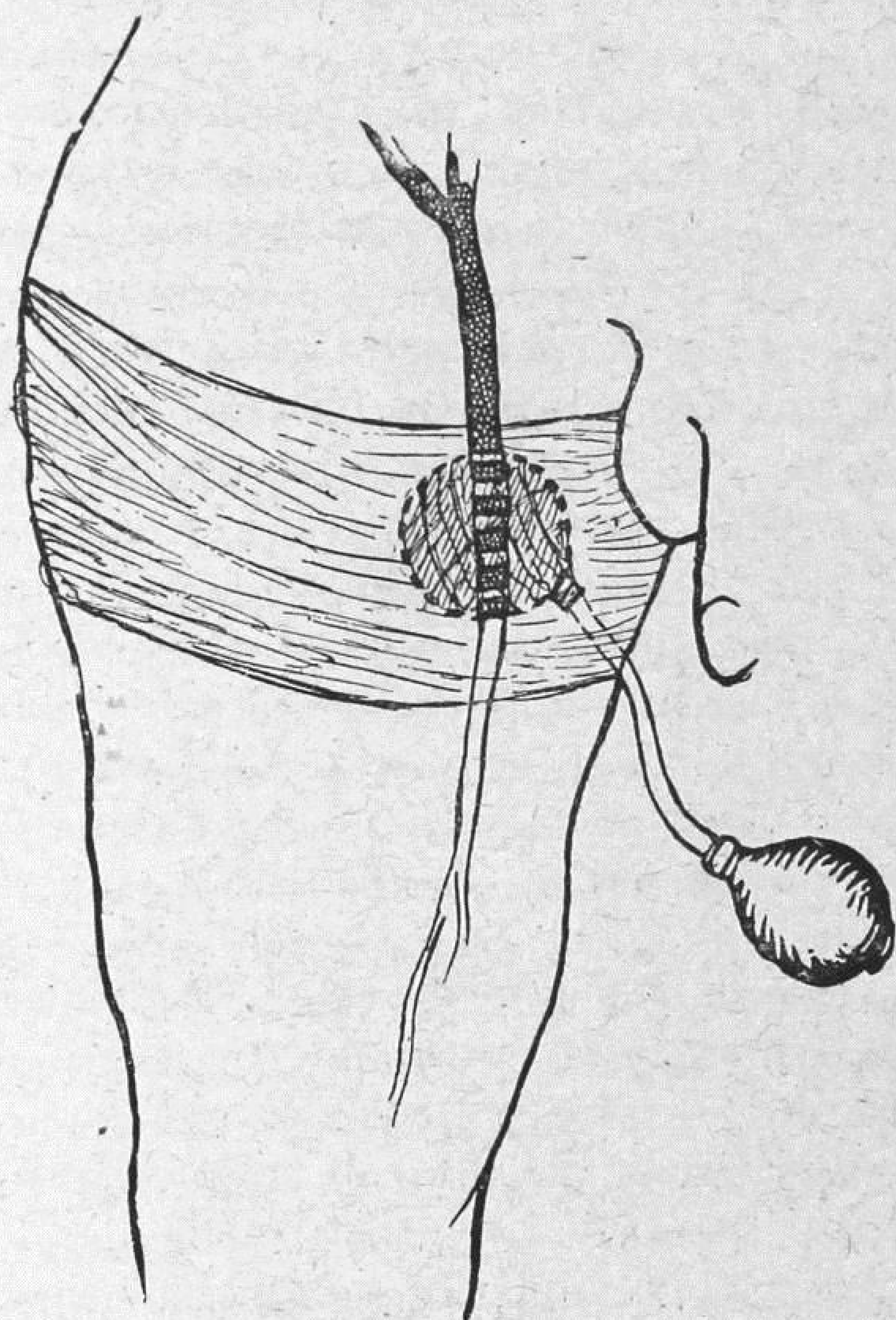


Fig. 4. — Emostasi della femorale con palloncini che si possono rigonfiare.

fare la fasciatura tanto stretta quanto è necessario per frenare l'emorragia, perchè sia ottenuta una perfetta emostasi. Così dicasi per il cavo ascellare (fig. 2) ove l'arteria può essere compressa molto facilmente usando delle stri-

scie di cerotto americano. Più facile ancora riesce l'emostasi se l'arteria appoggia su una superficie dura, come la temporale (fig. 3), la radiale, ecc.

Coi palloncini di gomma:

Il palloncino di gomma è rinforzato all'esterno da una rete di filo o da uno strato di tela per impedire lo scoppio della gomma. Il palloncino può essere rigonfiato e per mezzo di una valvola, il palloncino resta gonfio quando cessa la immissione dell'aria. Il palloncino di gomma è applicato floscio sull'arteria a monte della lesione, ed è mantenuto in posto e compresso con fascie di cambric o in certi casi anche con fascie amidate facendo in modo che il tubo portante la valvola sporga al di fuori della fasciatura, e quando la fasciatura è finita si rigonfia il palloncino fino a che siasi ottenuta l'emostasi desiderata (fig. 4).

È chiaro che con i palloncini che si possono rigonfiare a volontà si può ottenere una emostasi più soddisfacente che con le semplici palle di gomma, ma sia con un mezzo che con l'altro l'emostasi ottenuta è talmente superiore a quanto può ottenersi con un laccio emostatico, da imporsi completamente e da far abbandonare definitivamente l'uso del laccio stesso.

I vantaggi dell'emostasi fatta per mezzo dell'aria compressa a mezzo di palle o palloncini sono troppo evidenti per necessitare più di un breve accenno. La circolazione collaterale è completamente assicurata e la circolazione venosa non è ostacolata perchè la pressione e l'ostacolo alla circolazione sono semplicemente locali. Ne consegue quindi che questa emostasi può essere continuata per un tempo molto prolungato ed ovvia spesso l'inconveniente di dovere allacciare un'arteria in condizioni sfavorevoli come in presenza di infezioni.

QUESTIONI DEL GIORNO.

La sifilide in Francia dopo due anni di guerra.

(GAUCHER e BIZARD. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 26 dicembre 1916).

Mentre prima della guerra si avevano, in cifra rotonda, 300 casi di sifilide recente su 3000 infermi curati annualmente alla clinica di Parigi e cioè 1 su 10, nei primi sedici mesi della guerra si ebbero invece 800 sifilitici su 5000 ammalati, cioè 1 su 6. Negli otto mesi successivi la proporzione aumentò ancora, cioè su 2300 malati non meno di 600 erano affetti da sifilide recente, vale a dire 1 su 4.

Dunque, nei primi sedici mesi della guerra (agosto 1914-fine di dicembre 1915) la sifilide era aumentata di più di un terzo, anzi quasi della metà: negli otto mesi successivi (gennaio-agosto 1916) invece essa è aumentata di più della metà, all'incirca di due terzi.

Tale aumento dell'infezione sifilitica, constatata sui malati delle sale cliniche, corrisponde alle osservazioni fatte nel dispensario dell'Ospedale Saint-Louis, la cui importanza è a tutti nota, e dove occorrono ogni mattina da 300 a 400 malati. Infatti la media giornaliera dei sifilomi iniziali, che era da 4 a 5, raggiunge ora la cifra di 12 all'incirca. Ma ciò che colpisce ancora di più si è il fatto che fra questi ammalati si osserva un numero insolito di giovanetti e di uomini già maturi e sono stati osservati persino due casi di accidente iniziale della vulva in bambine di tre anni e mezzo.

Questo per quanto riguarda i malati civili: fra i militari sono le classi più giovani quelle che sembrano in proporzione meno colpite, giacchè due terzi dei sifilitici sono dati da uomini in età da 25 a 35 anni. Inoltre su 120 malati militari, affetti da manifestazioni iniziali o secondarie recenti dalla sifilide, 42 erano ammogliati e 78 celibi.

Questa grande proporzione di ammogliati fra i militari sifilitici, spiega le tristi constatazioni fatte dagli stessi autori sulle donne inferme capitate sotto la loro osservazione. In effetti su 222 donne con sifilide recente dal 1° gennaio al 31 agosto 1916, ben 120 erano legittimamente maritate, e sedici vivevano maritalmente in condizioni tali da poter essere considerate anch'esse come mogli legittime. Adunque quasi due terzi di tali donne erano maritate e 59 di esse (fra cui purtroppo sette incinte) affermavano essere state contagiate dai proprii mariti. A conferma di ciò più di un terzo di tutte queste donne sifilitiche ave-

vano superato i 30 anni, ciò che contrasta con tutte le statistiche sull'epoca della contaminazione sifilitica nelle donne dedite ad una vita sessuale irregolare, nelle quali il contagio si verifica di solito fra i 18 e 21 anni.

Se ciò accade per la sifilide, alcunchè di analogo si osserva per la blenorragia che è attualmente diffusa in modo straordinario sia fra gli uomini che fra le donne, nelle quali ultime specialmente tutti sanno quanto possa essere grave l'infezione gonococcica.

Gli autori credono perciò necessario d'insistere su due punti principali: da una parte sull'insegnamento al pubblico e soprattutto ai militari, dall'altro sull'insegnamento ai medici.

Le malattie veneree sono ancora considerate come affezioni vergognose di cui non sia lecito nè anche parlare: è indispensabile quindi sforzarsi di combattere questa ipocrisia piena di pericoli. Non si deve esagerare l'importanza dei risultati che si possono aspettare dalle conferenze tenute dagli autori a militari, ufficiali, ecc., ma quando si constata come essi hanno potuto fare interrogando i malati militari, la completa ignoranza dei giovani e spesso anche degli uomini maturi, su tutto quanto si riferisce alle malattie veneree, è lecito sperare che costoro, meglio edotti dei pericoli cui vanno incontro, sapranno più efficacemente difendersene per l'avvenire.

D'altra parte è deplorevole il dover confessare i numerosi errori di diagnosi rilevati dagli autori e che mostrano come un grande numero di medici siano ancora poco istruiti su ciò che concerne la sifilide e le malattie cutanee. Sifilodermi papulosi confusi con psoriasi, erpeti genitali con sifilomi, placche mucose della gola con angine bonali, ecc., ecc., rappresentano appena qualcuno degli esempii, tratti dai militari malati, che gli autori potrebbero portare a sostegno del loro asserto.

Ma assai più gravi per le loro conseguenze sono gli errori di diagnosi constatati sopra donne ospitate in case di tolleranza, e gli autori citano a questo proposito casi di sifiloma del labbro superiore confuso con erpete boccale, di placche mucose ipertrofiche delle tonsille e dei pilastri per lungo tempo non riconosciute dal medico della casa e così di seguito.

La conclusione di quanto precede si riassume nella necessità che ogni medico frequenti per un dato tempo un reparto ospedaliero di malattie veneree e sifilitiche, ora specialmente che la sifilide si va così diffondendo e non può essere più considerata come una malattia propria delle grandi città. È a temere infatti che quanto prima si avranno anche nei più piccoli villaggi numerosi sifilitici con tutti i pericoli di propagazione per contagio e per eredità. D'altronde se è innegabile ed è inquietante l'aumento della sifilide per effetto della guerra, non ne è soltanto quest'ultima responsabile: essa non fa che precipitare uno stato di cose preesistente, e ciò è noto a tutti coloro che si occupano di tale materia.

In seguito a tale rapporto, l'Accademia di Medicina ha nominato una commissione col mandato di far presente ai pubblici poteri la necessità d'intervenire energicamente nella lotta contro la sifilide e le malattie veneree le quali rappresentano per l'avvenire della razza un pericolo non meno grave di quello dell'alcoolismo contro di cui pure si è sentito ora il bisogno di prendere misure radicali.

V. MONTESANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medica chirurgica di Bologna.

Adunanze scientifiche del 1916.

Epidemia colerica di trincea.

Dott. U. MASSI (ten. medico dell'O. da G. C. R. n. 35). — Durante l'epidemia colerica del novembre-dicembre 1915 e della prima metà del gennaio 1916 ha eseguito una triplice serie di ricerche: ricerche batteriologiche nella flora intestinale del coleroso, esami necroscopici sui cadaveri con speciale riguardo all'intestino, al rene e al fegato, e ricerche istologiche dirette a rilevare le alterazioni subìte dai detti organi. Poichè egli aveva fatto la campagna anticolerica del 1911 in qualità di batteriologo, trovavasi nella presente situazione allo stato di potere meglio eseguire detti studi. La conclusione generale di questi è che i dati di fatto osservati nella epidemia da trincea si verificano solo eccezionalmente nelle epidemie coleriche comuni. Td invero, mentre in queste trovasi uno scarso numero di specie batteriche che accompagnano il vibrione nell'intestino, mentre esigue sono le quantità di gas entro il tenue e la putrefazione dei cadaveri si inizia più tardi in confronto a quella di cadaveri di individui morti per malattie diverse, nell'epidemia attuale invece si trovarono assai spesso nelle feci dei soldati pochi vibrioni e molte specie di germi, e talvolta non fu possibile ottenere culture di vibrioni da feci di colerosi, sicuramente tali sia per la forma clinica sia per le alterazioni anatomo-patologiche del tenue, del rene e del fegato, rilevate in appresso. Inoltre nella se-

zione del coleroso, eseguita poche ore dopo il decesso, usciva dall'intestino tenue discreta copia di gas puzzolenti. Quanto al vibrione isolato non si osservarono differenze apprezzabili con quello della epidemia del 1911. Era quasi sempre tozzo, arcuato, mobilissimo e coi noti caratteri culturali e biologici.

Il disserente, esposte le sue vedute intorno alle cause delle differenze sopra riferite, mette in vista che da parecchi infermi di colera furono emessi degli elminti e richiama quindi la osservazione del Di Vestea e del Gosio che cioè la elmintiasi nel coleroso non è forse da considerarsi solamente come un epifenomeno, ma piuttosto come un fatto legato alla epidemiologia del morbo.

Ricerche ematologiche e considerazioni patogenetiche su alcune manifestazioni di porpora in soggetti coreici.

Dott. A. LORENZINI (assistente della Clinica pediatrica della R. U. diretta dal prof. G. Berti). — Ha eseguito tali ricerche perchè esse nella corea sono ancora attualmente assai scarse e i risultati incerti e talvolta contradditori. Ha esaminato sei casi di corea minore, quattro bambine e due maschi. Riferisce le storie cliniche, presenta il quadro dei reperti amatologici e lo commenta. Conclude che è assai difficile esporre le caratteristiche ematologiche della malattia e in ciò sta il disaccordo esistente fra le conclusioni dei diversi ricercatori. Laonde è da ritenersi che non esista una formula ematologica propria della corea.

Passa quindi ad esporre e commentare le manifestazioni di porpora osservate, che rappresentano una evenienza molto rara nel corso della corea.

Contributo allo studio dell'ipertiroidismo.

Dott. A. SEGA (dell'Istituto di Fisiologia della R. U. diretto dal prof. Pietro Albertoni). — Ha adoperato per le indagini due cani, due conigli e un topo bianco, tutti animali giovani e sani, cui diede tiroide fresca di bue in quantità gradatamente crescente, alimentandoli con una dieta calcolata ed esperimentata sufficiente a mantenere l'animale in equilibrio di peso, con la quale alimentò pure contemporaneamente altri animali a scopo di confronto. Studiò quindi in tali animali le variazioni dell'acqua, dell'azoto e del glicogeno nel fegato, nel rene, nei muscoli e nel sangue. Espone i risultati e li commenta.

Alcuni aspetti del villo intestinale nel periodo dell'assorbimento.

Dott. F. TAVERNARI (dal Laboratorio della R. U. diretto dal prof. A. Ruffini). — Ricerche istologiche eseguite sui gatti adulti.

Di un corpo estraneo (bottone da scarpa) penetrato nel bronco destro ed estratto per le vie della trachea sotto i raggi X.

Prof. C. GAMBERINI (docente e comprimario chirurgo degli Ospedali) — Descrive un intervento operatorio che ha praticato su un bambino di 6 anni che da venti giorni portava il corpo estraneo nell'albero respiratorio. Praticò la tracheotomia in basso, e sotto i raggi X andò alla ricerca del corpo mediante un'asticella metallica che adattava, seduta stante, con varie curve e con pieghe ad uncino. Il corpo estraneo ricoperto di tessuto, sfuggiva all'uncinazione, che potè alfine effettuarsi dopo vari tentativi col sussidio dei raggi. Estratto il corpo, mise la cannula tracheale lasciandovela per tre giorni e poco dopo il bambino lasciò, guarito, l'ospedale. Pensa che tale metodo dovrebbe essere generalizzato nel caso di corpi estranei opachi ai raggi X, perchè con l'aiuto di questi si sopprimono le manovre spesso lesive e senza successo delle tracheobroncoscopie ed evitando l'intervento transmediastinico, di prognosi estremamente grave.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

Società medica di Modena.

Seduta del 9 dicembre 1916.

Presiede il Presidente Prof. GIUSEPPE SPERINO.

Aperta la seduta il Presidente mentre dà il benvenuto ai presenti prima di iniziare i lavori, certo di interpretare il pensiero di tutti, manda un saluto augurale ai colleghi lontani che, onorando sè stessi, onorano il nostro sodalizio nel compiere un dovere altamente civile, altamente umanitario, portando l'opera loro intelligente e premurosa nella cura dei soldati malati e feriti per la grandezza della Patria.

Il discorso del Presidente è vivamente applaudito.

Sono nominati soci ordinari per acclamazione: Ascoli prof. Alberto, Guzzoni degli Ancarani prof. Arturo, Massone dott. Marcello, Luzzatto prof. Riccardo, Selmi prof. Matteo.

Si passa poscia alle comunicazioni scientifiche:

Contributo alla conoscenza della dissenteria bacillare.

ASCOLI ALBERTO. — Espone i risultati delle ricerche batteriologiche da lui istituite su sei campioni di feci, che provenivano da diversi focolai di un'epidemia di dissenteria scoppiata nel mese di agosto in Lunigiana; dei sei campioni soltanto l'ultimo dava tutte le garanzie per una buona riuscita degli esami batterio-

logici, perchè era il solo raccolto nel periodo dell'acme.

Accanto alle piastre con agar Drigalski tendenti ad isolare qualche bacillo dissenterico furono fatte di tutti i casi numerose inoculazioni nei conigli, così dei filtrati delle feci come delle colonie sospette, con questo risultato: che sui conigli potè essere intravista l'azione tossica caratteristica del bacillo dissenterico tipo Shiga-Kruse, benchè nessuna delle colonie sospette reagisse di fronte al siero agglutinante specifico, che è pure il mezzo più spiccio per identificare i bacilli dissenterici. Lo studio colturale sistematico sui terreni zuccherati condusse infatti all'isolamento di un bacillo dissenterico che, pure presentando tutti i caratteri biochimici dello Shiga e l'azione tossica propria di questo tipo dissenterico sul coniglio, non è agglutinato dal siero immune, ad alto titolo, che pure agglutina regolarmente i Shiga, così quelli trapiantati da anni in laboratorio come quelli isolati di fresco.

Immunizzando i conigli con questo stipite l'O. ottenne del siero agglutinante, escludendo così che si trattasse di un ceppo inagglutinabile. Questo siero agglutina in modo specifico unicamente il ceppo antigene e uno stipite dissenterico tipo Shiga isolato nei laboratori della Sanità Pubblica, è invece completamente inattivo di fronte agli altri bacilli dissenterici dello stesso tipo; e così pure il siero agglutinante preparato collo stipite romano agglutina soltanto questo e il nostro. Essendo dai caratteri colturali e dall'azione tossica di questi stipiti dimostrata la loro pertinenza al tipo Shiga, è dunque necessario tener presente che nella diagnosi della dissenteria bacillare tipo Shiga la difficoltà di compendiare le agglutinine in un siero unico richiede una speciale prudenza nei criteri batteriologici.

L'O. discute poi i postulati per l'assegnazione di un germe al gruppo dissenterico Shiga, preconizza la preparazione di sieri agglutinanti polivalenti e rileva da ultimo la portata generale delle sue osservazioni per la classificazione dei microbi.

Spigolature sulla peste aviaria e sull'afta.

ASCOLI ALBERTO (in collaborazione col professore S. BELFANTI). — Espone sommariamente i risultati di ricerche sui virus della peste aviaria e dell'afta, dirette a studiare la loro localizzazione e coltivabilità non che la possibilità di ottenere l'immunità verso di essi. Le esperienze confermano per la peste aviaria la straordinaria virulenza del sangue, capace di saturare in serie praticamente inesauribile i mestrui e tale da vietare di applicare ai tentativi di cultura il criterio del potere infettante dei trapianti. Infatti, in contrasto con Marchoux che commise l'errore di applicare questo criterio nelle sue prove culturali, le esperienze di coltivazione istituite dagli AA. non solo riuscirono negative, ma nelle culture alla Marchoux non potè essere rintracciato coi rilevatori del Gosio nessun segno di attecchimento. Le vaccinazioni invece con sangue ed organi uccisi con l'etere diedero nella peste risultati incoraggianti.

Nell'afta non solo le prove colturali riuscirono negative ma fallirono pure le vaccinazioni col virus trattato con etere perchè, a differenza del virus della peste quello dell'afta non è ucciso dall'etere. Invece qualche risultato incoraggiante fu ottenuto con il sangue, come si può desumere dai protocolli e dai grafici consegnati dagli Autori per i quali occorre consultare l'originale.

Dott. GIUSEPPE STUFLER.

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 26 novembre 1916.

Alessandro Benedetti e la medicina veneta nel quattrocento.

R. MASSALONGO. — Presenta uno studio sulle condizioni della medicina veneta nel secolo XV; tratteggia la nobile figura del Benedetti, che riassume in sè l'altezza di pensiero ond'è ricca l'età del Risorgimento.

Cirrosi epatica angiocolitica calcolosa del fegato (presentata dal prof. Bonone).

CALZAVARA. — Studia due casi di cirrosi calcolosa angiocolitica del fegato dal lato anatomo-patologico, nell'intento di portare un contributo alla questione non ancora risolta sull'etiologia e patogenesi di questa forma morbosa.

L'A. dimostra che nei casi da lui descritti, la causa delle lesioni cirrotiche devesi riferire puramente alla irritazione di natura meccanico-chimica data dalla calcolosi e dalla stasi biliare; egli viene così a confermare la possibilità, che delle vere e proprie alterazioni cirrotiche diffuse nel fegato possano seguire ad un'angiocolite calcolosa, con ripetute e transitorie stasi biliari, senza infezione concomitante.

A. DIAN.

In preparazione:

Numero monografico sull'ittero epidemico

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Avvelenamento da Rhus.

Le specie di *Rhus* indicate come velenose sono, secondo un articolo editoriale del *Journal of Am. med. Assoc.*, 4 maggio 1916, *R. diversiloba*, *R. toxicodendron* e *R. vernix* (sommacco giapponese). Esse provocano sintomi locali, in forma di dermatite acuta con edema e formazione di grandi vescicole o bolle. Questa incomincia fra le dita, e si manifesta in forma di aree ben definite, od in striscie, che non seguono i tronchi nervosi; raramente si osserva sulla testa o al lato interno delle mani; in 4-6 giorni questi sintomi cessano. Si possono però avere manifestazioni generali, come febbre, lingua impaniata, perdita di appetito, costipazione, tracce di albumina nelle urine, talvolta nefrite acuta, leucocitosi (fino a 12,000 leucociti per mmc.).

Si è discusso quale parte della pianta fosse fornita di azione tossica, e se questa fosse di natura batterica, o fosse un gas sprigionantesi dalla pianta stessa. Mc Nair ha dimostrato che non si tratta di un veleno nè batterico nè volatile; che esso non si trova nè nel polline, nè nei peli; che il fumo filtrato attraverso lana di vetro perde ogni azione tossica e che infine la parte velenosa è il succo della pianta. Esso può venire in contatto direttamente con la pelle, o può esservi portato da abiti, insetti (?), oggetti diversi, ciò che spiega come si possano verificare casi di avvelenamento anche lontano dalla pianta stessa. Il succo si diffonde lentamente attraverso i dotti sudoriferi e serbacei ed i follicoli piliferi. Esso perde le proprietà tossiche con l'ossidazione, specialmente quando la temperatura è alta e l'atmosfera umida.

[*Rhus* è un genere della famiglia delle Anacardiacee, che comprende molte specie; da alcune di esse, in Cina e nel Giappone si estrae la lacca ed appunto nei lavoratori delle lacca si manifesta un'intossicazione con fenomeni analoghi a quelli descritti. Fra le specie che si trovano in Italia, la più nota è *R. coriaria*, o sommacco, di cui il legno è usato per concia. *R. toxicodendron* è coltivato in qualche giardino e si trova qua e là inselvatichito (Trevigiano). Non ci sono però noti casi di avvelenatmento per questa pianta, che, probabilmente, come l'Oleandro, subisce nei climi freddi e temperati un'attenuazione nella tossicità. *N. del redat.*].

FIL.

TERAPIA.

I fattori non specifici nel trattamento delle malattie.

Gli studî ed i lavori degli ultimi 30-40 anni rivolti alla conoscenza dei processi patologici ed alla terapeutica con i mezzi biologici, hanno orientato il pensiero dei medici verso l'idea dell'azione terapeutica specifica. Abbagliati dai risultati del laboratorio, i medici considerano ora con diffidenza, se pure non disapprovano apertamente, qualunque osservazione, specialmente se clinica, tende ad opporsi alle idee correnti. Ora è vero che, sotto certi aspetti, il concetto di specificità, l'immunologia e la feconda teoria di Erlich dell'antigene-anticorpo, sono statî di grande valore, ma non è men vero che per essi sono state trascurate certe strade ovvie che conducono alla soluzione di problemi medici.

Sull'importanza degli elementi non specifici nella reazione biologica derivante dalla terapia, richiamano appunto l'attenzione J. W. Jobling e W. Petersen (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 3 giugno 1916), portando una ricca messe di fatti, che dimostrano come non siano affatto specifici molti dei fenomeni che noi riteniamo tali. Così, p. es., nella vaccino-terapia della tifoide si ottengono gli stessi effetti con l'iniezione di vaccino tifico, come con vaccino da *B. coli*, da paratifo, e persino con un prodotto (non batterico) di scissione dell'albumina, una deutero-albumose. Effetti simili sono stati ottenuti con iniezioni di latte, di destrosio, di metalli colloidali, di fermenti; probabilmente le reazioni osservate con tali sostanze sono basate sullo stesso meccanismo.

Analoghe osservazioni possono farsi a proposito di un altro elemento per la guarigione, cioè dalla formazione di anticorpi per cui il sistema emopoietico risponde con la produzione di sostanze specifiche, anche dietro uno stimolo non specifico.

Così pure da Gay ed altri era stata messa in rilievo l'importanza delle leucocitosi, e si riteneva che la guarigione della tifoide col vaccino relativo fosse dovuta all'iperleucocitosi specifica. Ciò è stato dimostrato non conforme al vero, e del resto, è necessario mettere in rilievo che la guarigione spontanea della tifoide non è contrassegnata da leucocitosi.

Gli AA. esaminano poi le questioni della iperpiressia, dei fermenti ed antifermenti, per concludere che a quanto sembra, le reazioni

biologiche a cui si accenna, appaiono fondate sulla dispersione colloidale in quanto che le iniezioni provocherebbero uno stato di minore dispersione non solo della albumina del siero, ma anche dei lipoidi del siero stesso. Tale alterazione è sufficiente per spiegare se non l'aumento degli anticorpi, almeno le fluttuazioni nel bilancio dei fermenti-antifermenti, nel meccanismo della coagulazione e nel potere opsonico e complementare del siero, e si può comprendere quindi che delle sostanze diverse producono gli stessi effetti.

Anche qui però come in altri problemi biologici, che riguardano il tessuto più complesso, cioè il sangue, un unico fattore non può venire invocato per tutti i cambiamenti, ma occorre pensare che quando viene in qualche modo turbato l'equilibrio del delicato bilancio del siero, si inizia tutta una serie di fatti, che tutti tendono a provocare uno stato di cose favorevole per la guarigione dell'infezione.

FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(791) *Nella goccetta militare.* All'abb. 5164:

È difficile riassumere, sia pure per sommi capi, la cura della *goccetta militare*, espressione generica in uso per processi non sempre identici fra di loro.

Se, per fare uno dei casi più frequenti, si tratta di un'uretrite cronica con essudato mattutino, il quale contenga ancora gonococchi o almeno cellule di pus in abbondanza, occorre stabilire anzi tutto se il processo sia limitato all'uretra anteriore, o, il che è più facile, sia esteso anche all'uretra posteriore. Ciò si può constatare nel modo più semplice, lavando con acqua sterile l'uretra anteriore e facendo poscia orinare l'infermo in due bicchieri a calice. Qualora nelle orine del primo bicchiere vi siano filamenti, questi provengono indubbiamente dall'uretra posteriore. Ciò fatto, un cauto sondaggio dell'uretra permetterà di stabilire se vi siano o pur no restringimenti. Infine l'esame della prostata, praticato dal retto dopo che l'infermo abbia parzialmente vuotata la vescica (e quindi lavata l'uretra), in modo che l'eventuale materiale prostatico, spremuto col massaggio, possa venir raccolto nelle urine emesse dopo il massaggio stesso, ci metterà in grado di stabilire se vi sia anche una concomitante prostatite.

Escluso il restringimento (che andrebbe curato con la dilatazione graduale dell'uretra) e la prostatite (contro di cui riuscirebbero assai utili i massaggi dal retto), la cura dell'uretrite cronica antero-posteriore è basata sull'uso di soluzioni astringenti iniettate nell'uretra anteriore (solfato di zinco, allume ecc. al 0,25-0,30 %) e sulle lavande vescico-uretrali di nitrato di argento o sulle istillazioni di nitrato di argento nell'uretra posteriore col metodo del Guyon. L'apparecchio da me ideato (« Sulla cura delle uretriti croniche posteriori », *Policlinico*, Sez. pratica, 1907) e che io adopero con successo da moltissimi anni, permette di eseguire contemporaneamente questi due metodi ed io rimando l'abbonato al mio lavoro per maggiori lumi su questo importante capitolo di terapia venereologica.

V. MONTESANO.

(792) All'abbonato n. 7175, il quale desidera qualche indicazione di lavori (libri od articoli) sulla mastoidite e sul relativo trattamento medico e chirurgico:

Sulle complicanze mastoidee delle flogosi dell'orecchio medio esiste una letteratura vastissima, che non è stata tuttavia riassunta in un lavoro recente. Occorre che Ella consulti i principali periodici di oto-rino-laringoiatria, ove, ogni anno, si hanno memorie sull'argomento. Come riferimento generico citiamo alcuni scritti fra gli italiani:

BONOMO. *Le varietà anatomiche della mastoide e sua topografia in rapporto alla chirurgia dell'orecchio.* (Archivio ital. di otol., 1899, VIII, 233). — CALAMIDA. *Varietà ed anomalie mastoidee riscontrate nell'atto operativo.* (Boll. delle malattie dell'or., ecc., 1906, 245). — FERRERI. *Sul decorso anomalo del seno laterale.* (Atti della Clinica oto-rino-lar. dell'Univ. di Roma, 1905); *Sulle apofisi mastoidee piatte.* (Ibid., 1908). — BILANCIONI. *La pseudomastoidite.* (Bollett. della Soc. Lancisiana degli Ospedali di Roma, 1911, fasc. 1); *Il valore del sintoma « febbre » nella diagnosi e nelle indicazioni operative della mastoidite acuta o subacuta.* (Il Policl., 1916, sez. pr., 1424). — POLI. *Contributo all'anatomia e alla patologia del processo mastoideo.* (Accad. med. di Genova, 1892). — CAGNOLA. *Le mastoiditi primitive.* (Annali di laringol., ecc., 1900). — GRADENIGO. *Contributo alla patologia e chirurgia della mastoidite.* (Acc. med. di Torino, 1896). — TARANTO. *Terapia delle varie forme cliniche di mastoiditi da otite media purulenta.* (Boll. delle mal. dell'or., ecc., 1893, 219). — TOTI. *Sulla tecnica operatoria degli ascessi acuti intramastoidei in rapporto colla loro patologia.* (La Clinica moderna, I). — D'AJUTOLO. *Mastoiditi di Bezold consecutive ad otiti medie acute da influenza.* (Atti del VI Congr. della Soc. ital.

di Laring., ecc., 1902). — TOMMASI. *Un caso di mastoidite di Bezold da otite media purulenta acuta senza perforazione della M. T.* (Ibid., V. Congr., 1900). *gb.*

I quesiti pel « Doctor Justitia » e le domande per la « Posta degli abbonati » non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.

Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale, potranno essere, su richiesta, contraddistinte con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.

Le domande anonime saranno cestinate.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

Dott. Prof. P. E. ALESSANDRI. *Urologia chimica e microscopica*, con criterii di apprezzamento diagnostico. Un vol. rilegato di pag. 473 con 144 incisioni e 2 tavole in cromolitografia. Milano, Hoepli ed. 1917. Prezzo L. 7.50.

La trattazione della materia è fatta in questo manuale con una certa ampiezza, sicchè vi trovano posto molte ricerche, le quali, in altre opere del genere, mancano o sono appena accennate. Di ogni sostanza che si ricerca, viene trattata la costituzione chimica, il modo di formazione nell'organismo, ed il significato fisiopatologico, che viene poi integrato nei criterii di apprezzamento, di ottimo aiuto per il pratico. Nè sono trascurate le ricerche (acidosi, acido glicuronico), che solo da poco tempo hanno assunto una certa importanza. Alle diverse reazioni seguono spesso dei commenti, che dànno ragione di fatti, i quali mettono talora in imbarazzo, chi non abbia in materia una lunga pratica. Un riassunto finale dà quasi schematicamente l'indirizzo per le analisi correnti, e per il modo di redigere i risultati.

Forse, tenuto conto dell'indole eminentemente pratica del lavoro, sarebbe stato bene non omettere certi metodi che, pur non aspirando ad una grande esattezza, sono di notevole aiuto nella clinica per la loro grande rapidità, non disgiunta da una precisione sufficiente per i bisogni del pratico (metodo Ruhemann per l'acido urico, Benedikt per il glucosio). Così pure sarebbe stato opportuno che certi criterii di apprezzamento venissero trattati più largamente, come p. e. quelli sulla quantità e sul peso specifico, data la grande importanza di questi dati nelle diagnosi delle nefriti croniche.

Queste osservazioni non intendono menomare affatto il valore di quest'opera che si raccomanda a quanti si occupano di analisi urologiche.

FILIPPINI.

VARIA.

Amenità tedesche.

Ci siamo procurati le due riviste mediche tedesche « Münchener Medizinische Woschenschzift » e « Medizinische Klinik » del 1° semestre 1916.

La prima contiene in ogni numero una succinta cronaca dell'andamento della guerra.

Non vogliamo defraudare i lettori di un saggio di tali notizie. Nel fascicolo 2-3 del 6 giugno è detto:

« Un disastro fu per l'Inghilterra il 31 maggio. In questo giorno la flotta tedesca d'alto mare ha affrontato, aggredito, distrutto la flotta inglese raccolta presso lo Skagerrak... Questo fatto significa *la fine della prepotenza dell'Inghilterra sul mare;* le conseguenze di esso si faranno presto sentire... I nostri alleati austriaci hanno continuato la loro offensiva con forza irresistibile ed hanno conquistato i centri saldamente fortificati di Laghi e Arsiero, sulla principale linea di difesa italiana: *con ciò è aperta loro l'entrata nella pianura Veneta.* Il loro bottino è di oltre 35,000 prigionieri e 313 bocche da fuoco. Presso Verdun, ecc. ».

Di fronte a tali balordaggini non possiamo che compiacerci della obbiettiva sobrietà di cui danno prova i comunicati ufficiali e la stampa in Italia.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CIAMPOLINI ARNOLFO. In tema di minorata funzione operaia per speciale traumatismo del ginocchio. (Lussazione dei menischi interarticolari). — Pisa, 1916.

MARCY H. O. The histogenesis of the reproductive processes in mammals. — Chicago, 1915.

RONCHETTI VITTORIO. Risultati ottenuti da Avrorow e Tinrofejewski colla coltura in vitro dei globuli bianchi del sangue. — Milano, 1916.

VITALI DIOSCORIDE. Del sangue. — Milano, 1916.

IANNI GIUSEPPE. La malaria in Riesi nell'anno 1915. — Palermo, 1916.

STEPHENSON THOS. Incompatibility in Prescriptions And How to Avoid It. — Edinburg, 1915.

CARNAGGIO FRANCESCO. Una nota dissonante sullo zaffo addominale. — Napoli, 1916.

R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti riuniti in Firenze. Rendiconti di conti dell'anno 1914. — Firenze, 1916.

DE CASTRO ANTONIO. Cenni sulla chirurgia e su alcuni metodi operativi americani. — Napoli, 1915.

PRÓSPER RICARD ALBERT. Recuerdo apologético del dr. Francisco Franco (discorso). — Valencia, 1916.

CACACE ERNESTO. Per la diffusione dell'insegnamento antimalarico e della profilassi antimalarica scolastica nei paesi malarici (relazione). — Napoli, 1916.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Solidarietà.

Noi non abbiamo più diritto
che ad una vita travagliata
dalla riconoscenza.
E. ROSTAND.

Ho letto in un giornale americano l'apologia della classe medica europea. La rivista transatlantica ammira ed esalta lo spirito di sacrificio e l'abnegazione dei medici militari che mettendosi al di sopra di ogni sentimento nazionale, di ogni odio di razza, hanno mantenuto su tanta rabbia distruggitrice il senso puro della pietà. Ed al riguardo il giornale ricorda l'opera data dai medici italiani, francesi ed inglesi in Serbia ed in Albania durante il tragico esodo dell'esercito e della popolazione serba e dei prigionieri austriaci, l'opera data dai medici delle rispettive nazionalità ai prigionieri russi, inglesi, francesi in Germania, opera che valse a mitigare le orribili condizioni fatte agli infelici catturati. E noi possiamo aggiungere l'opera dei nostri colleghi a pro dei nostri fratelli prigionieri in Austria, opera che ha meritato perfino l'encomio dei nostri nemici.

Nessuno può non sottoscrivere alle lodi ed al plauso del giornale americano, ma là dove non si può essere d'accordo con esso è sulla quistione della solidarietà della classe medica europea, che il giornale stesso trova modo di portare a titolo d'esempio, ricordando la istituzione di una cassa di soccorso di guerra organizzata fra i medici di alcuni paesi dell'Intesa. Evidentemente lo scrittore aveva sott'occhi i magnifici risultati della cassa d'assistenza medica di guerra in Francia, la cui sottoscrizione ha già raggiunto e sorpassato il milione di lire. Se lo scrittore stesso avesse dato uno sguardo alle tisiche liste di sottoscrizione dell'analoga cassa istituita in Italia, avrebbe formulato certamente delle riserve.

Vero è che malgrado le sollecitazioni fatte dovunque ed in ogni modo dalla Federazione degli Ordini dei medici e dai singoli Ordini ai propri associati e dalla stampa professionale, le sottoscrizioni sono poche e, fatta qualche rara eccezione, meschine.

Dopo quasi due anni di guerra su oltre 22,000 iscritti negli albi degli Ordini dei medici poco più di 1000 hanno sottoscritto, e la raccolta raggiunge poche diecine di migliaia di lire; adoperiamo questa dizione vaga per pudore. I risultati non sono stati davvero brillanti. Da che dipende ciò? Le condizioni finanziarie dei medici sono dunque tali da non consentir loro di dare poche lire per un'opera tanto pietosa, o è mancanza di solidarietà?

Io mi rifiuto di credere che la gran massa dei medici italiani non sia in grado di fare un piccolo sforzo finanziario. È il senso della solidarietà che fa difetto.

Noi abbiamo creduto con l'istituzione di Ordini, di associazioni, aventi più o meno l'aria di leghe di resistenza, di avere stabilito fra noi il regno della solidarietà. Ma spesso noi abbiamo occasione di disilluderci. Abbiamo creduto di avere sepolta definitivamente la quistione della solidarietà, ma essa balza fuori in ogni circostanza più viva che mai.

Si racconta che Alessandro Dumas quando scriveva i suoi romanzi storici dimenticava talora quali dei suoi personaggi erano morti nel romanzo precedente, e spesso gli capitava di far rivivere individui che egli aveva già uccisi. Per non incorrere in tali errori egli era ricorso al sistema di farsi costruire pupazzi per ciascuno degli attori dei suoi romanzi: li teneva costantemente sul suo tavolo di lavoro e li nascondeva a misura che faceva morire i corrispondenti del romanzo.

Così i medici per ricordare che la quistione della solidarietà non è stata sorpassata, che essa è sempre là alla base di ogni nostra rivendicazione di classe, dovrebbero costruirsi qualche cosa di plastico che non permetta l'insorgere di illusioni e ci eviti deplorevoli errori.

Il contributo che i medici dovrebbero dare al fondo di soccorso dovrebbe essere oltre che un atto spontaneo del cuore, il frutto d'un ragionamento meditato. Esso dovrebbe corrispondere ad un intimo sentimento di riconoscenza per coloro, che per noi e qualche volta in vece nostra, hanno abbandonato famiglie, interessi, clientele, hanno fatto sacrificio dei loro affetti e delle loro speranze e sono corsi al primo appello sui campi insanguinati e sono caduti insieme ai combattenti. Per la memoria di costoro non basta l'ammirazione, il cordoglio, l'elogio, ecc., è necessario che noi pensiamo ai loro cari, alle loro spose, ai loro figli. E di fronte a questo dovere non c'è grettezza o accidia che debba resistere. Quando i nostri colleghi sono partiti per il fronte non hanno fatto il calcolo di quel che andavano a perdere, essi mettevano in giuoco tutto.

Vorranno quelli che sono rimasti indietro nelle loro comode residenze, quelli che hanno continuato a lavorare professionalmente e forse con maggiore intensità, quelli che della guerra non sentono che l'eco lontana, vorran-

no costoro negare l'espressione della loro solidarietà, della loro riconoscenza per coloro che della guerra soffrono i maggiori disagi, che per la guerra affrontano tutti gli orrori, tutti i pericoli?

A questi sacrifici, a questi disagi, a questi pericoli, deve essere proporzionata la nostra gratitudine, una gratitudine fatta non di sentimento solo, ma di opera soccorritrice.

Non si può negare che alcuni, parecchi dei nostri colleghi, per il fatto stesso della guerra hanno visto aumentare le proprie risorse economiche. A questi sopratutto incombe il dovere di dare, di dare in proporzione del soprapro-fitto di guerra. Ma anche coloro che della guerra hanno tutti i danni diano, diano poco, ma diano.

Scorrendo le liste di sottoscrizione della Cassa di assistenza di Francia accanto ai più bei nomi della scienza, che hanno sottoscritto per somme più che cospicue, si vedono i nomi oscuri, ma ora gloriosi, dei giovanissimi medici che dal fondo delle trincee della Mosa o di Salonicco mandano il loro obolo modesto. È una delle tante manifestazioni della vecchia, della decrepita Francia, che ne dimostrano la vitalità e la giovinezza eterna. Cerchiamo di imitarla: si contribuirà ad una grande opera di pietà e di solidarietà, ma se ne avvantaggerà anche il prestigio nazionale.

PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

Le nomine nel Corpo Sanitario marittimo. — Si è pubblicato il seguente Decreto:

Art. 1. — Durante il periodo della guerra possono essere nominati ufficiali di complemento e della riserva navale del Corpo Sanitario militare marittimo i laureati in medicina e chirurgia non vincolati a servizio militare nel R. Esercito, nè in prima, nè in seconda, nè in terza categoria, che presentino regolare domanda documentata e siano riconosciuti fisicamente idonei.

Nulla è innovato per le disposizioni in vigore riguardanti il normale reclutamento dei sottotenenti medici di complemento.

Art. 2. — Potranno conseguire la nomina ad ufficiale medico di complemento col grado di tenente i medici laureati da cinque anni o più, col grado di capitano i medici laureati da non meno di quindici anni o che siano primari di un ospedale principale, i medici provinciali e tutti quei medici che, qualunque sia l'impiego professiionale, abbiano il diploma di libera docenza in qualsiasi branca delle scienze medico-chirurgiche, gli aiuti di clinica che non siano liberi docenti ma abbiano almeno due anni di carica, e gli aiuti di ospedali principali, purchè ricoprano da almeno due anni la carica e purchè questa sia stata conferita loro in seguito a concorso per esame.

Art. 3. — Potranno conseguire la nomina ad ufficiale medico della riserva navale col grado di maggiore i professori straordinari e ordinari di Università, sia Regie che libere, il vice-direttore generale della Sanità pubblica, i professori incaricati ufficiali stabili, i medici rivestiti della carica di Ispettore sanitario della Sanità pubblica del Regno, i medici provinciali di 1ª classe, i medici o chirurgi muniti del diploma di libera docenza, che siano primari dei principali ospedali del Regno, compresi i manicomi, e che siano nominati tali in seguito a pubblico concorso tanto per esami che per titoli; infine i liberi docenti che, pur non essendo primari di grandi ospedali, siano aiuti di clinica, oppure contino non meno di quindici anni di esercizio professionale.

Art. 4. — L'esame dei titoli presentati dagli aspiranti ai gradi di capitano medico di complemento, di maggiore e di tenente colonnello nella riserva navvale è devoluto al Consiglio Superiore di Marina, costituito in Commissione di avanzamento.

Art. 5. — Gli attuali ufficiali di complemento o della riserva che si trovassero in possesso delle condizioni volute dal presente decreto per aspirare ad altro grado contemplato negli articoli precedenti potranno, a loro domanda, cessare dal grado che rivestono ed essere contemporaneamente nominati al grado che stabilirà la Commissione di avanzamento in base all'accertamento dei titoli. In tale caso non spetteranno agli ufficiali così nominati gli assegni di primo corredo, qualora siano stati da loro percepiti nel grado che prima rivestivano.

I documenti dei concorsi. — La Corte d'Appello ha emanato un importante parere relativo a concorsi: esso difatti stabilisce che l'ente che ha bandito un concorso, il Comune ad esempio, diventa depositario dei documenti inviati dai concorrenti e deve usare la massima diligenza nel custodirli; quindi è reso responsabile dei danni derivanti dallo smarrimento avvenuto nella restituzione fatta senza attendere l'autorizzazione e l'istruzione del concorrente e ciò tanto più se la restituzione venne fatta in modo poco sicuro (ad es. con pacco postale non assicurato). E l'ente deve pure rispondere della restituzione anche se fatta da commessi o dipendenti.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6728) *Ospedale senza direzione tecnica. - Ricoveri.* — Il dott. A. M. da M. S. — Non si può concepire l'idea di un Ospedale, cui manchi la parte principale e, cioè, la Direzione e l'assistenza medica. Mancando il medico l'ospedale diventa un ricovero od un albergo. Occorre far presente tale stato di cose all'autorità sanitaria provinciale perchè o disponga la chiusura del locale od obblighi la Pia Amministrazione a renderlo corrispondente allo scopo. I ricoverati debbono essere posti in luoghi ben separati e distinti dagli infermi, e ciò sopratutto nei rapporti igienici. Se tale separazione non esiste occorre farne egualmente rapporto alla predetta autorità sanitaria.

(6729) *Uso della saccarina.* — Dott. C. L. da T. — Non è lecito prescrivere della saccarina a persone che non ne abbiano bisogno per ragioni terapeutiche. Si andrebbe incontro a certa contravvenzione. Ora però ci consta che si sta provvedendo per autorizzare la vendita libera della saccarina o dello zucchero saccarinato.

(6730) *Sessennii. - Diritto.* — Dott. G. G. da M. — Non si ha diritto a pretendere l'aumento sessennale dello stipendio se di esso non si fa menzione nel capitolato. Allorchè fosse concesso esso involgerebbe l'intero stipendio sia, cioè, la parte corrispondente alla cura dei poveri, sia quella rispondente alla cura degli agiati.

(6732) *Pensioni.* — Dott. B. P. da P. — Alla fine del maggio 1917 Le compete la pensione di annue lire 866; alla fine del novembre dello stesso anno quella di lire 956. Alla fine del maggio 1918 Le competerebbe la stessa di quella del novembre perchè in detta epoca sono effettivamente compiuti i sei mesi di età e di servizio che ordinariamente si bonificano a chi trovasi in quelle determinate circostanze. I due mesi di preavviso prescritti dal capitolato sarebbero osservati se Ella volendo lasciare il servizio con la fine di maggio notifichi tale sua determinazione al Comune col primo di aprile prossimo. La domanda di pensione si può presentare unitamente alle dimissioni. Per liquidare la pensione occorreno in complesso un paio di mesi. La domanda di pensione deve essere presentata all'ufficio sanitario provinciale e deve essere corredata dall'atto di nascita e da copie di tutte le deliberazioni di nomina, licenziamento, ecc., nonchè da uno statino contenente con cronologica esattezza l'intero stato di servizio. Per far cessare il pagamento della R. M. sugli incerti occorre fare denunzia di cessazione di esercizio alla competente Agenzia delle imposte. Il contributo Monte pensione si paga fino all'ultimo giorno in cui si rimase in servizio.

(6733) *Cura di inferma.* — Dott. M. F. da A. — Per ovviare all'inconveniente da Lei accennato e per non venir meno, nel contempo, allo adempimento del proprio dovere, aderisca all'invito ma pretenda che alle rispettive visite assista continuamente una parente della ammalata od altra persona di comune fiducia.

(6735) *Sessennii.* — Dott. A. M. da S. G. in C. — Per gli impiegati comunali non esistono disposizioni di legge che sospendono il beneficio di sessennii maturati. Pei soli impiegati governativi fu prorogato di sei mesi la maturazione del relativo diritto. Se Ella ha compiuto il periodo di tempo stabilito dal capitolato in vigore per ottenere l'aumento dello stipendio, lo può ben chiedere alla Amministrazione comunale ed in caso di rifiuto può anche adire l'autorità giudiziaria.

(6736) *Indennità di cavalcatura. - Competenze del medico supplente.* — Dall'abbonato n. 4901. — L'indennità di cavalcatura non costituisce stipendio nè tampoco rappresenta un accessorio al medesimo. Essa è un rimborso *à forfait* delle spese che il sanitario deve sostenere per mezzi di trasporto necessarii onde più agevolmente compiere il proprio dovere nell'interesse generale del servvizio. È logico che quando il servizio non si compie perchè infermo, non debbano essere corrisposti i mezzi per l'uso di una vettura, che non occorre. Durante le infermità, pertanto, o si sospende la corrisponsione di detta indennità, o, se non si sospende, è il medico infermo tenuto a tacitare il supplente delle eventuali spese che egli avesse all'uopo sostenute. Nè con ciò si viola il disposto dell'art. 29 del regolamento generale sanitario che vuole nessun aggravio ridonda a carico del sanitario infermo, perchè il diniego di tale indennità non costituisce un aggravio in quanto essa, come dicemmo, non è stipendio nè entrata fissa personale del sanitario, ma il pagamento di uso di mezzi più celeri di locomozione in tanto dovuto su quanti detti mezzi più celeri si siano effettivamente usati o vi sia stata la possibilità di usarli.

Secondo il nostro avviso il reclamo che Ella in proposito avrebbe in animo di inoltrare potrebbe non avere favorevole accoglimento, tanto più che l'Amministrazione municipale ha più volte ed insistentemente dichiarato il suo cont. ario avviso.

(6738) *Dimissioni. - Effetti.* — Dott. M. P. da T. V. di P. — Non ostante che abbia date le proprie dimissioni può ben essere rinominato interino. Però non può mai acquistare la stabilità perchè nel caso non tattasi di licenziamento per cui il periodo anteriore si congiunge al posteriore servizio pel compimento del biennio di prova, ma di dimissioni, cioè, di atto volontario tale da far rilevare la libera determinazione di rompere con l'amministrazione municipale qualsiasi rapporto di impiego. Se il Comune ha però la idea di mantenerla in carica e di farle acquistare la stabilità, ben lo potrebbe revocando la deliberazione con cui si accettano le dimissioni da Lei date, che potrebbero preventivamente essere ritirate. Con ciò si eliminerebbe anche la complicazione che potrebbe eventualmente sorgere con l'ospedale locale, competenzione che, stando ai dati da Lei forniti, potrebbe anche essere risoluta sfavorevolmente potendo l'ospedale sostenere che essendo su Lei cessata la qualità di medico condotto esso è libero di provvedere alla nomina di altro medico direttore del nosocomio.

(6739) *Licenziamento del medico sotto le armi. - Sospensione.* — Dott. A. A. da C. E. — Durante il servizio militare sono sospesi i termini di prova e sono sospesi i relativi licenziamenti. Il suo collega resta, pertanto, titolare de consorzio sino a quando no sarà libero dal servizio delle armi nel R. esercito. È, quindi, impossibile obbligarlo a lasciare l'alloggio ad altri locali ad esso concessi, giacchè egli sino a tanto che rimarrà sotto le armi conserva integri ed impregiudicati tutti i suoi diritti verso l Comune.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare.

Al dott. C. M., Zona di Guerra:

Il Decreto in cui si conferivano ai medici le ricompense per il servizio prestato in Libia, è stato pubblicato nella dispensa n. 98 del Bollettino Ufficiale 11 novembre 1916.

Il suo nome risulta a pag. 5915 della predetta dispensa (Bollettino Ufficiale).

Al dott. G. B., da O.:

È sempre l'autorità prefettizia che deve attestare dell'indispensabilità o meno dei medici.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ROMA. — Ha conseguito la libera docenza in patologia speciale medica il nostro amico dott. Giuseppe Sabatini, che ha svolto la tesi «La tubercolosi nei vecchi». La Commissione era composta dai professori Todaro presidente, Rossoni, Ascoli V., Nazari e Bordoni.

Al valente collega — che riteniamo sia il più giovane libero docente delle facoltà mediche italiane, dacchè egli non conta che 27 anni — facciamo i nostri cordiali rallegramenti.

PAVIA. — La Facoltà Medica con voto unanime ha provveduto alla supplenza del prof. Forlanini, ammalato, incaricando dell'insegnamento di clinica medica il prof. Vittorio Ascoli.

La Redazione intera del *Policlinico* e l'Amministrazione sentono il più vivo compiacimento per tale designazione che onora il proprio Redattore Capo. Avendone per lunghi anni visto all'opera ed apprezzato la cultura, la coscienziosità, la fede entusiastica e l'attività veramente rara, comprendono come egli, insegnando per sei anni la Patologia medica nell'Ateneo Lombardo, si sia cattivate la stima e la simpatia dei colleghi di Facoltà e degli studenti, affermando le sue doti d'insegnante e di medico.

CONDOTTE E CONCORSI.

GAIARINE (Treviso). — Medico interino. Informazioni rivolgersi Segretario.

Medico-chirurgo, pratica quindecennale, esente obblighi militari, disponibile da primi marzo, accetterebbe servizio interinale, supplenza in casa salute, istituto di cura o condotta medica.

Dirigere proposte Firenze, posta, libretto riconoscimento 315,887.

NOTIZIE DIVERSE.

In favore dell'igiene pubblica.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di Decreto che dispone agevolazioni notevoli per l'esecuzione di opere igieniche.

La premiazione al Campidoglio delle infermiere della Croce Rossa.

L'11 corrente, nella grande aula del Palazzo Senatorio in Campidoglio, ha avuto luogo la solenne premiazione delle infermiere italiane della Croce Rossa.

La tornata venne presieduta da S. A. R. la Duchessa d'Aosta, che vestiva la divisa di Dama della Croce Rossa.

Erano presenti: il Presidente del Consiglio onorevole Boselli, il generale Morrone ministro della guerra, i ministri Fera, De Nava, Arlotta, i sottosegretari onorevoli generale Dall'Olio, Borsarelli e Morpurgo, il prefetto comm. Aphel, il generale medico comm. De Furla, il Sindaco Principe D. Prospero Colonna e molte altre autorità e personalità.

Il Presidente generale della Croce Rossa Italiana, Conte Della Somaglia, pronunciò un applaudito discorso; il Duca Torlonia, presidente del Comitato regionale, aggiunse brevi parole di circostanza.

Il Conte Della Somaglia dette comunicazione di un telegramma, allora pervenutogli, nel quale gli si dava notizia che 12 dame infermiere avevano felicemente raggiunto il porto di Salonicco.

La signorina Anselmi, dama infermiera, segretaria della Duchessa d'Aosta, dette poi lettura dei nomi delle premiate, alle quali Sua Altezza distribuiva la medaglia di benemerenza.

Le premiate sono state 720, di cui 85 di Roma; queste erano presenti, per le altre vi era una rappresentanza.

L'Università popolare Romana.

Dalla Relazione del segretario generale professore A. Ranelletti emerse l'attività spiegata dalla utile e benemerita istituzione durante il XV anno di vita, volto sovratutto ad illustrare i vari problemi della guerra.

Rileviamo che la Scuola di igiene popolare e previdenza ha riunito varie lezioni e corsi di lezioni sui più importanti argomenti di igiene e previdenza.

I corsi tenuti furono i seguenti: Prof. Giuseppe Badaloni, medico provinciale: *Le malattie infettive e loro profilassi;* prof. Angelo Signorelli: *Intensifichiamo la lotta contro la tubercolosi;* prof. Ernesto Pestalozza: *Assistenza alla madre;* prof. Vincenzo Montesano: *Malattie veneree in guerra; Le dermatiti castrensi;* prof. Saverio Santori: *Igiene della casa, specie in rapporto alla tubercolosi;* prof. Angelo Chiàvaro: *Nozioni sui denti; Cure dentarie;* prof. Pietro Gallenga: *Igiene dell'alimentazione;* prof. Giuseppe Badaloni: *Igiene della scuola;* prof. Aristide Ranelletti: *Malattie e igiene del lavoro.*

Il corso *sulla previdenza* fu affidato al dott. Vincenzo Magaldi, vice-presidente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, il quale tenne 7 lezioni su: *Le forme moderne di previdenza e le assicurazioni sociali.*

Molte conferenze furono illustrate da proiezioni.

La scuola incontrò il pieno favore dei varii Enti più interessati alla propaganda dell'igiene e della previdenza. Il Ministero dell'Interno (Direzione generale della Sanità) concesse un sussidio di lire 500; la Cassa Nazionale di Previdenza per la invalidità e per la vecchiaia degli operai, uno di lire 500; il Ministero d'Agricoltura, Industria e Commercio (Direzione generale del Credito e della Previdenza), uno di lire 300. La Lega Nazionale italiana contro la tubercolosi plaudiva alla iniziativa, e con apposito ordine del giorno faceva appello alla Presidenza della Federazione Nazionale delle Università Popolari ad istituire, sull'esempio di quella di Roma, corsi organici di Igiene popolare e previdenza, con speciale riguardo alla lotta contro la tubercolosi. La Federazione delle Università Popolari rispondeva «che come ha sempre fatto appello alle Associazioni mediche, perchè diano il loro contributo a diffondere fra il popolo le cognizioni igieniche, invitava ben volentieri le Istituzioni di coltura popolare ad intraprendere la nobile lotta contro uno dei più terribili flagelli che travagliano l'umanità». Indubbiamente l'Università Popolare di Roma ha acquistato speciali benemerenze nel promuovere la propaganda igienica.

L'Università degli studi di Roma per il Prestito Nazionale.

Ci si comunica:

Le Università italiane, in questo momento terribile e glorioso della vita nazionale, come in ogni altro periodo delle nostre giuste rivendicazioni, hanno dato sicura prova del più caldo interessamento alla grandezza della Patria, cui hanno consacrato tutte le loro energie.

Sia con un'attiva propaganda per mantenere alto lo spirito dei cittadini, sia con l'azione di combattenti o di sanitari, i nostri professori hanno portato un efficace contributo alla causa di giustizia e di civiltà, per la quale il nostro esercito ha dato prova di un eroismo miracoloso.

I nostri studenti, con giovanile baldanza e patriottico slancio, si sono in gran numero offerti militi volontari, segnando col nobilissimo sangue la via della immancabile vittoria per noi e pei nostri alleati.

Ma non colle sole armi si combattono le aspre battaglie, nè il solo sublime sacrifizio di generose esistenze basta al conseguimento della vittoria, se i cittadini tutti, in un unanime consenso, non soccorrano, offrendo al Governo i mezzi necessari al mantenimento di un grande esercito.

Incombe quindi ad ogni cittadino amante della Patria il dovere di concorrere, nella più larga misura consentita dalle proprie condizioni economiche, alla sottoscrizione del prestito di guerra, che dovrà offrire ai valorosi nostri fratelli gli elementi

di sicura vittoria, alla quale solamente potrà seguire la desiderata pace gloriosa.

E la famiglia universitaria non mancherà certo a questo dovere, mostrandosi, come sempre, fusa nella grande anima della Patria. In questo momento in cui ogni anima veramente italiana si ispira ai più nobili ideali, sarebbe inutile ricordare che la sottoscrizione al prestito di guerra rappresenta un ottimo impiego di capitale; basti solo riflettere che ogni nostro sacrifizio è nulla in confronto di quelli sopportati con eroica abnegazione pel bene nostro e della Patria dai valorosi sostenitori del sacro diritto italico, e che ogni manifestazione di gratitudine sarà sempre inferiore ai meriti che nessuna parola saprebbe adeguatamente esaltare. Preghiamo gli studenti a nominare un Comitato di propaganda, che potrebbe mettersi in relazione con le autorità accademiche per l'attuazione di quelle facilitazioni che offrono gli istituti finanziari, e che permettono con pagamenti rateali a lunga scadenza, anche ai meno favoriti dalla fortuna di offrire il loro contributo, che sarà il più benedetto, a questa opera di altissimo interesse nazionale.

Roma, 7 febbraio 1917.

A nome del Consiglio Accademico
Il Rettore: A. TONELLI.

Un patriottico deliberato dei veterinari di Bari.

Il Consiglio Direttivo dei Veterinarii della Provincia di Bari ha deliberato di contribuire al quarto prestito nazionale con l'acquistare tre cartelle, che intesterà al Collegio Convitto degli Orfani dei Sanitarii Italiani in Perugia: la prima, per onorare la memoria dei medici e studenti in medicina; la seconda, per onorare la memoria dei veterinarii e studenti in veterinaria; la terza, per onorare la memoria dei farmacisti e studenti in farmacia, morti tutti in guerra.

Il nobile e patriottico atto compiuto dall'Ordine dei Veterinarii, la di cui attività ed il di cui interessamento per tutto quanto concerne i servizii sanitarii non conoscono riposi, è degno della più alta lode, e noi l'additiamo all'ammirazione dei colleghi, con l'augurio che l'esempio sia imitato da tutte le altre organizzazioni di classe.

Il Comitato Parmense “Pro Mutilati„.

Sorto dalla fusione degli intenti del Comitato di preparazione civile e del Comitato medico di propagande mediche per la guerra, venne insediato fin dal 4 novembre 1915 come sezione staccata del Comitato di preparazione civile.

Allacciati rapporti con l'Autorità militare, per opera del colonnello medico cav. Rinaldi fu possibile stipulare con essa regolare convenzione, ottenendo di adibire la vasta, bellissima caserma dei granatieri come locale di un «Istituto pro Mutilati».

Con accurata scelta si acquistarono i più moderni e perfetti apparecchi di kinesiterapia, elettroterapia, termoterapia, massoterapia, ecc.

Si crearono nell'interno dell'Istituto scuole di tipografia, dattilografia, telegrafia, legatoria, calzoleria, sartoria, selleria, giardinaggio, orticoltura, ecc., nonchè la scuola di cultura generale. Al buon andamento delle scuole e all'applicazione dei provvedimenti curativi cooperano volenterosi cittadini.

L'inaugurazione dell'Istituto ha avuto luogo il 7 gennaio u. s.

Esso intende per ora a ridare le gioie del lavoro ai gloriosi mutilati.

Cessata la guerra, e riparate quanto è umanamente possibile le sue conseguenze, potrà l'Istituto servire a rieducare al lavoro gli infortunati delle industrie, delle fabbriche, gli operai della vita civile come i soldati lo sono della guerra, e l'Istituto potrà quindi essere anche per l'avvenire una grande scuola di morale.

Il Comitato è presieduto dal Sindaco; ne fanno parte i professori Cevidalli, Gallenga, Roncoroni ed altri eminenti cittadini.

Beneficenza.

Il defunto cav. Roberto Marsaglia ha elargito oltre 32 mila lire, ripartite fra il Comitato di preparazione civile e quello della Croce Rossa di Sanremo, e 50 mila lire, destinate per i lavori di adattamento dell'Hôtel West-End, che sarà acquistato dalla Congregazione di Carità per trasferirvi l'asilo «Giovanni Marsaglia» per vecchi ed orfani.

Ambulatorio odontoiatrico Municipale a Savona.

Il dott. Poggi, direttore dell'ambulatorio, che funziona da pochi mesi, pubblica ora il resoconto, dal quale risultano 1300 consultazioni per 900 malati presentatisi. In alcuni casi — per infortuni riportati — egli dovette compiere notevoli operazioni, con ottimi risultati.

Controllo sulle condizioni fisiche dei militari.

Un Decreto del Ministero della Guerra, considerata la necessità di rendere sempre più efficace il controllo sulle condizioni fisiche dei militari che trovansi in zona territoriale, dispone la costituzione di speciali Commissioni con funzioni di vigilanza e controllo sugli accertamenti per tutta la durata della guerra. E, dopo averne stabilite le sedi, dà loro il mandato:

a) di sottoporre a visita preliminare tutti quegli ufficiali che fanno domanda di essere sottoposti a visita collegiale, oppure vi sono proposti dalle competenti autorità sanitarie;

b) di invigilare sulla concessione di licenza di convalescenza per parte delle autorità sanitarie militari;

c) di accertare le condizioni di salute dei militari che già da qualche tempo fruiscono di licenza di convalescenza di qualsiasi durata per constatare se vi siano individui ridivenuti idonei al servizio anche sedentario;

d) di visitare i militari degenti in qualsiasi luogo di cura, allo scopo di limitarne la degenza al tempo strettamente necessario e in relazione alla natura ed entità della malattia o ferita o alla eventuale necessità di provvedimenti medico-legali;

e) di sottoporre a visita i militari dichiarati non indonei alle fatiche di guerra, sia temporaneamente, che presunti permanentemente, presso i depositi reggimentali o gli altri centri di mobilitazione, secondo le norme prescritte dal decreto luogotenenziale 12 maggio 1916, n. 307.

Nelle facoltà mediche della Germania.

Le Facoltà mediche della Germania hanno perduto negli ultimi tempi molti dei loro uomini più in vista; alcuni sono caduti sul campo, ma la maggior parte sono morti di malattie. Questa alta mortalità solleva il problema se il terribile conflitto che gl'Imperi centrali hanno scatenato, non riduca la vitalità di coloro che restano all'interno, riflettendosi in specie sui più anziani. Debbono intervenire certamente dei fattori psichici depressivi, come le numerosissime morti e mutilazioni di familiari, di amici, di conoscenti: essi agiscono in specie sulle persone di maggiore sensibilità o di più alta intellettualità. Forse anche le privazioni imposte dal blocco marittimo si fanno ormai sentire anche sulle classi più elevate, fiaccandone la resistenza. — Di alcune perdite abbiamo già dato notizia: Neisser, V. von Czerny, Prowazek, ecc. Tra quelle di cui siamo venuti più recentemente a conoscenza segnaliamo le seguenti:

P. von Bruns, il clinico chirurgo di Tubinga, morto di polmonite a 70 anni;

H. Chiari, l'anatomo-patologo di Strasburgo, morto a 65 anni;

W. Danilsen, il giovane e valente chirurgo di Breslavia, fondatore di una clinica privata che era una scuola;

W. Dibbelt, direttore dell'Istituto patologico dell'Ospedale Principale di Magonza, caduto nella battaglia di Verdun;

A. Fränkel, che ha legato il suo nome al pneumococco, direttore dell'Ospedale Urbano di Berlino, morto a 68 anni di miocardite acuta;

H. von Hippel, l'oftalmologo di Gottinga, un pioniere nella specialità, morto a 70 anni;

H. Kehr, il chirurgo delle vie biliari, morto a 54 anni di un'infezione;

H. Kurella, il neurologo di Berlino, già direttore del «Zbl. f. Nervenheilkunde» e della «Zeitschr. f. Elektrotherapie», a 58 anni;

M. Lühe, professore di anatomia comparata a Königsberg, di una grave ferita sul campo, a 46 anni;

E. Richter, il direttore del «Zbl. f. Chirurgie», a 79 anni;

B. Riedel, il clinico chirurgo di Jena, a 70 anni;

P. Roemer, l'oftalmologo di Greifswald, valente cultore dell'immunologia, morto di tifo petecchiale, non ancora quarantenne;

G. Schwalbe, l'anatomico ed antropologo di Strasburgo;

A. Weil, che ha legato il suo nome all'ittero epidemico grave ed allo studio delle malattie di cuore, morto a 68 anni.

Il rifornimento del latte a Berlino.

La *Deutsche Mediz. Wochenschrift* dà notizia che a Berlino il latte intero può essere fornito solo per bambini al di sotto dei 6 anni, per malati e per donne gestanti; il latte scremato, oltre che nei casi poc'anzi considerati, anche a famiglie che abbiano bambini fino a 10 anni.

Un legato di Neisser.

Il prof. A. Neisser, di cui avemmo già ad annunziare la morte, ha legato tutta la sua sostanza, valutata ad un milione e mezzo di marchi, alla città di Breslavia; egli ha disposto che la sua villa, la quale contiene molti tesori d'arte, divenga un «museo d'arte contemporanea», e che alcune sale di essa siano adibite a concerti musicali e trattenementi corali dati dal Municipio.

Dottoresse ufficiali medici in Inghilterra.

In Inghilterra il Ministero della Guerra ha aperto un arruolamento per medici militari tra le laureate in medicina e quaranta dottoresse sono già state scelte per il servizio negli ospedali.

Medici americani in Inghilterra.

Il *Daily Telegraph* annunzia che alcune centinaia di medici americani hanno offerto i loro servigi alla Marina da guerra inglese; non potendo essere accettati, perchè mancano della cittadinanza, hanno ottenuto invece di sostituire nella pratica privata un numero corrispondente di giovani colleghi inglesi desiderosi di arruolarsi ma che ne erano distolti od impediti dalla necessità di rendere continuativi i servizi sanitari civili. (*Medical Record,* 13 genn. 1917).

Fuoco in una nave-ospedale.

Il 4 gennaio u. s. sulla nave-ospedale *Solace,* degli Stati Uniti, giacente nell'Arsenale navale di Brooklyn, si sviluppò un incendio, iniziatosi nei depositi di carbone e poi propagatosi. L'opera di spegnimento si protrasse per l'intera notte consecutiva; così i danni poterono essere ridotti a poco più di un quarto di milione. Rimasero rovinati dall'acqua i depositi di medicinali.

Un medico assassinato.

Il dott. Giuseppe Confalonieri, medico condotto a Lonate Brianza (Como), è stato ucciso da un paziente esaltato, tal Carlo Molteni (operato di appendicite e di un tumore maligno), il quale gl'inferiva due tremendi colpi di trincetto alla gola e poi gli sparava a bruciapelo due colpi di rivoltella. Lo stesso assassino raggiungeva poco dopo la propria moglie, in un comune vicino, e le esplodeva contro tre colpi di rivoltella, freddando il di lei padre.

Medico omicida per legittima difesa.

Alla stazione di Trapasso (Palermo) tal Giovanni Labbruzzo, incontrato il medico condotto del paese, dott. Francesco Rizzuti, col quale aveva avuto una

contestazione per avergli il medico rifiutato un certificato, gli sparò contro due colpi di rivoltella ferendolo all'orecchio. Il medico, estratta a sua volta la rivoltella, ne sparava un colpo contro l'avversario, che rimase ucciso.

Una centenaria.

È morta a Taranto, in età di 107 anni, certa Anna Rosa Pometti, che fino agli ultimi giorni potè accudire con relativa lucidità di mente ad un negozio di legna gestito dai nepoti.

Giovanni Paladino.

Il 25 gennaio u. s. è morto in Napoli Giovanni Paladino, professore di Istologia e Fisiologia Generale in quella R. Università. Nato a Potenza il 27 aprile 1842 compì i suoi studi a Napoli sotto la guida dei professori Delle Chiese, De Martini e Panceri, e completò la sua cultura visitando i principali laboratori di fisiologia in Europa, e fermandosi in particolar modo presso il Ludwig a Lipsia e il Du Bois Reymond a Berlino.

Nel 1867 conseguì la libera docenza in Fisiologia nella Università di Napoli, e poco dopo fu nominato in quell'Ateneo Professore di Zoologia e d'Anatomia e Fisiologia Sperimentale nella « Scuola Superiore di medicina veterinaria ». Poi passò nella Facoltà di Scienze sempre a Napoli in qualità di professore ordinario di Istologia e Fisiologia Generale.

Fu socio di varie Accademie (Pontaniana, Medico-chirurgica di Napoli, R. Accademia di Scienze Fisiche e Matematiche di Napoli, ecc.), e nel 1908 fu nominato Senatore del Regno.

Varia ed importante è l'opera scientifica del Paladino nei campi della Istologia e della Fisiologia. Essa si trova sparsa in un gran numero di memorie, le quali hanno veduto la luce specialmente nei « Rendiconti della R. Accademia di Scienze Fisiche e Matematiche di Napoli », in quelli della « Accademia medico-chirurgica di Napoli » e negli Annali di Nevrologia del prof. Leonardo Bianchi.

Fra le molte sue pubblicazioni ricordiamo le seguenti: *Nuove ricerche istologiche sui corpuscoli del Pacini; Contribuzione alla anatomia istologia e funzione del cuore; Sulla struttura delle cellule e delle fibre nervose; Sulla digestione cecale nel cavallo; Sulla struttura della placenta*, ecc. Ma più particolarmente meritano di esser notate le *Ricerche sulla distruzione e rinnovamento continuo del parenchima ovarico dei mammiferi*, ricche di osservazioni originali sulla struttura e sulla funzione delle ovaie, e le *Ricerche sui fasci atrioventricolari dei mammiferi*, nelle quali fino dal 1876 il Paladino dimostrò per primo nel cuore umano e di vari mammiferi due ordini di fasci muscolari, gli uni che dagli atrî si continuano senza interruzione nei ventricoli, quelli appunto che His mise in particolar luce dimostrando la loro importanza nella conduzione dell'onda muscolare dagli atrî ai ventricoli, e altri fasci che inserendosi alle valvole atrioventricolari partecipano alla rapidità della loro chiusura. Molto notevoli sono anche i suoi trattati di *Istologia* e di *Fisiologia*, dei quali si sono fatte più edizioni. Il Paladino fu anche insegnante e maestro efficace, come lo dimostrano i molti e valorosi discepoli usciti dalla sua scuola.

Con la sua morte scompare una figura insigne di maestro e di scienziato.

P. CHIARINI.

ANNALI D'IGIENE

Periodico mensile.

Sommario del 1° fascicolo (1917)

Rassegna della stampa medica.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 28 dic. GISMONDI: Terapia dell'ipertrofia timica.

La Rif. Med., 6 genn. BERTOLOTTI: Sezioni di radiologia medica. SILVESTRI: Patogenesi della sindrome cardiovascolare nelle nefropatie.

The Boston Med. a. Surg. Journal, 14 dic. PORTER: Lo shock al fronte. LAWRENCE: Lo scompenso cardiaco in gravidanza.

The Journal Amer. Med. Ass. KERR e a.: Gli scopi dell'igiene industriale. BERK, HURD: Chirurgia dei seni frontali. KARPAS: L'inferiorità costituzionale. KINGHORN: Appendicite e tubercolosi polmonare.

Medical Record, 16 dic. LEVIS: La paura quale fattore causale di malattie gastro-enteriche.

La Prese Méd., 4 gen. WIDAL e SALIMBENI: Riduzione nel numero delle iniezioni di vaccini misti antitifoidei.

British Med. Journal, 6 gen. LEQUEIRA: Diagnosi precoce e trattamento della sifilide. KIDD: Le malattie dell'uretra maschile.

The Lancet, 6 gen. WRIGHT: Il bacillo della gangrena gassosa. MCCRAE AITKEN: Metodi ortopedici in chirurgia militare.

La Ginecol. Moderna, lug.-dic. BOSSI: Conferenza di chiusura. BARTOLOTTI: Fisiopatologia e trattamento dei fenomeni della menopausa.

Proc. R. Soc. of Med., dic. MOOR: Igiene sanitaria al campo. SMITH: Disordini mentali nella popolazione civile causati dalla guerra. Casistica.

Gl'Incurabili, 31 dic. CIRILLO: Ricerche sul bacillo del tetano.

Medical Record, 30 dic. GARBAT: Vaccini antitifici sensibilizzati.

La Crón. Méd. (Lima), nov. ARCE: Sul dualismo della malattia di Carrion. ALMENARA: Anatomia patologica delle leishmaniosi dermiche.

La Nipiologia, 31 dic. GOMEZ FERRER: Accidenti della dentizione.

The Journal Amer. Med. Ass., 6 gen. MOCK: Medicina e chirurgia industriali. MACKENZIE e altri: Sull'otite media suppurativa cronica. DESJARDINS: Ferite in guerra e loro trattamento. NUZUM: Produzione di un siero anti-poliomielitico.

Ann. de Méd., nov.-dic. BARD: Megavescica e idronefrosi essenziale. PORAK: Disturbi della secrezione sudorale nelle ferite dei nervi.

Giorn. di Med. Milit., 31 ott. TESTI: Il servizio sanitario militare e le condizioni igienico-sanitarie in Cirenaica. 30 nov. TIZZONI: Norme contro l'intolleranza e l'anafilassi da siero antitetanico. COLLINA: Studio radiologico di una lesione del cuore da pallottola di shrapnell.

The Journal Am. Med. Ass., 23 dic. SUTTON: La discromiasi della sifilide. STOLL: Invalidismo cronico da sifilide ereditaria. HIRSCHFELDER: Effetti degli acidi. SHAMBAUGH: Chirurgia del labirinto etmoideo.

Il Morgagni (Arch.), 31 dic. FARA: Piaghe da compressione e loro cura.

Arch. d. Mal. du Cœur, ecc., dic. NOBÉCOURT e PEYRE: Sulle variazioni di volume del cuore.

Paris Méd., 6 gen.: Numero sulla terapia.

Riv. crit. di Clin. Med., 6 gen. QUADRONE e DEMATHEIS: Indicanemia nelle nefropatie.

La Presse Méd., 8 gen., SABOURAUD: Origine tubercolare delle psoriasi.

La Rif. Med., 13 gen. GATTI: Meningite cerebro-spinale epidemica. QUADRONE e DEMATHEIS: Fisostigmina e sistema autonomo.

Med. Record, 23 dic. ROCHWELL: Retrospezioni. THOMPSON: Gangrena periferica inoperabile.

Medicina y Libros, dic. ARANDA: Sutura del polmone e del cuore.

The Boston Med. a. Surg. Journal, 28 dic. PRATT: Diagnosi e caratteri clinici della gotta.

Il fascicolo I (15 gennaio 1917) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

I. Dott. NICCOLA GIANNETTASIO - *Contributo clinico all'amputazione interscapulo-toracica ed istopatologico ai tumori epiteliali primitivi delle ossa* (con due tavole foto-collografiche).

II. Dott. PIETRO TASCA - *Alcuni casi di prostatectomia transvescicale alla Freyer.*

III. Dott. ANGELO SORESI - *Perforazione dello stomaco e dell'intestino.*

IV. Prof. SALVATORE CALDERARO - *Sopra un caso di resezione dell'ottico, per endotelioma mediante il mio processo modificato.*

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 25 febbraio 1917* Fasc. 9.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Appunti epidemiologici sulla spirochetosi itterogena

per il prof. C. MORESCHI
Incaricato di patologia e clinica medica nella R. Università di Sassari.

In una nota antecedente (*Il Policlinico*, sezione pratica, 22 ottobre 1916) ed in collaborazione col prof. Carpi furono riassunte alcune osservazioni cliniche e sperimentali sopra una forma di ittero a carattere epidemico manifestatosi fra le truppe combattenti nel basso Isonzo.

Queste osservazioni, già comunicate alla Società medica di Pavia il 10 ottobre 1916, accertavano la trasmissione della malattia per mezzo del sangue dell'uomo alla cavia con la riproduzione fedele di tutti i sintomi propri all'uomo (febbre, ittero, albuminuria, ecc.....) e ponevano in rilievo nei vari organi dell'animale infettato (speciamente nel fegato e nel rene) uno spirocheta del quale si descrivevano alcune caratteristiche morfologiche. Tale reperto insieme alle note cliniche si induceva a classificare l'ittero osservato quale forma infettiva legata ad una spirochetosi.

Nella stessa nota ricordavamo reperti sperimentali anteriori (1915-1916) di medici germanici (Hübener e Reiter) che, studiando un'epidemia d'ittero svoltasi fra le truppe loro, ottennero pure la trasmissione del morbo a vari animali, specialmente alla cavia, constatando negli organi dell'animale infettato in modo costante una forma spirochetica da essi appellata « spirocheta nodosa ». Gli stessi risultati e contemporaneamente avrebbero ottenuto Uhlenhut e Fromme.

È mio dovere oggi nei riguardi della cronistoria dell'ittero infettivo epidemico riparare ad una omissione occorsa nella nostra prima nota, omissione che vuole essere attribuita unicamente alle difficoltà frapposte a ricerche bibliografiche dall'odierno anormale rifornimento di riviste scientifiche. Intendo riferirmi agli studi di Inada, Ito e collaboratori riassunti in due note del marzo ed aprile 1916 nel *Journal of experimental Medicine* sopra una forma di ittero epidemico e prima d'allora, a mio sapere, pubblicati solo in lingua giappo-

nese; risulta da questi studi che Inada ed Ito fino dal novembre 1914 e poco più tardi Nishida riuscivano a trasmettere la forma itterica, dai giapponesi chiamata Odan-eki, alle cavie, a riprodurre fedelmente in queste una sintomatologia analoga a quella dell'uomo e a riconoscere quale agente patogeno della malattia uno spirocheta. Gli AA. giapponesi in base anche al quadro clinico offerto dagli ammalati hanno classificato detta forma morbosa « Spirochetosi ittero-emorragica ».

Ricordo inoltre sempre nei riguardi di una esatta cronistoria che Martin e Pettit presentavano alla Società di biologia di Parigi nel luglio 1916 alcune cavie itteriche infettate con un virus loro fornito da Stockes e proveniente da soldati dell'esercito inglese operante nel Nord della Francia. Delle ricerche di Stockes e Ryle pubblicate nel *Journal of the royal Army medical Corps*, XXXVII, marzo 1916 e riferite da Martin e Pettit mi fu impossibile fino ad oggi prendere visione diretta; i due AA. inglesi avrebbero diagnosticato la spirochetosi itteroemorragica in 10 soldati dell'armata inglese operante in Piccardia.

Contemporaneamente ai nostri (10 ottobre 1916) Martin e Pettit comunicavano i primi risultati positivi di spirochetosi ittero-emorragica nelle truppe francesi alla Accademia di medicina francese (10 ottobre 1916). Da allora così in Italia (Monti, M. Ascoli, Magnaghi, Cesa-Bianchi) come in Francia (Costa e Troisier, Garnier, Renaux), la spirochetosi itterogena fu accertata in diversi reparti delle truppe combattenti ed in varie località.

* * *

Gli appunti epidemiologici per questa breve nota furono raccolti in parte presso alcuni ospedali della ...... armata operante lungo la linea dell'Isonzo, in parte estratti da osservazioni sperimentali eseguite nell'ospedale militare di Voghera. Come siasi svolta l'epidemia d'ittero in detta armata nel 1916 risulta chiaramente dalla unita tabella:

Mese	Ospedale I			Ospedale II			Ospedale III		
	Totale ammal.	Itterici	%	Totale ammal.	Itterici	%	Totale ammal.	Itterici	%
Giugno.	—	—	—	181	6	3.3	29	0	0
Luglio	—	—	—	267	13	4.8	51	2	3.9
Agosto	458	11	2.4	388	32	8.9	383	16	4.1
Settembre . . .	288	17	6.0	495	50	9.9	129	9	6.9
Ottobre.	269	38	14.0	371	40	12.0	181	15	8.3
Novembre. . .	284	45	15.0	219	45	21.0	135	22	16.2
	1299	111		1925	186		908	64	

L'ittero iniziatosi nel mese di giugno avrebbe quindi avuto un incremento progressivo sino a novembre, giungendo in questo ultimo mese al 17,5 % sul totale degli ammalati. Quanto alle località colpite si può affermare che in speciale modo le zone di operazioni, assai meno le immediate retrovie hanno dato il loro contributo all'epidemia e nelle retrovie non sono mancati, sebbene in numero scarso, casi di ittero fra la popolazione civile. Le osservazioni di A. Monti accertano inoltre che il contagio ha potuto essere trasportato anche assai lontano dal luogo d'insorgenza primitiva.

Il carattere dell'epidemia, almeno per la zona da me presa in considerazione, si può chiamare estremamente benigno: sopra 361 ammalati raccolti nei tre ospedali da campo sopraricordati si ebbero solo due decessi, una mortalità quindi del 0,55 %. Tale benignità è confermata anche dal decorso clinico: sopra 109 pazienti da me direttamente osservati negli ospedali da campo solo il 48 % ebbe un decorso febbrile con una durata media di 6 giorni, massima di 22 giorni. Non intendo dal decorso febbrile o meno dedurre senz'altro la gravità della malattia, chè anzi non rare sono le forme a decorso apiretico ma con ittero prolungato per settimane e mesi e conseguente deperimento organico notevole, mentre forme a decorso febbrile possono risolversi in pochi giorni avendo offerto solo una tinta subitterica.

Devesi tuttavia riconoscere che l'epidemia svoltasi in questo settore della nostra fronte è sempre ben lontana per gravità dal quadro descritto dai giapponesi, tanto grave ch'essi hanno, per la nomenclatura del morbo, sentita la necessità di aggiungere alla qualifica « ittero » anche l'altra « emorragico » in quanto appunto le emorragie rappresentavano insieme all'ittero le manifestazioni cliniche più appariscenti e più costanti. Anche nei casi gravi da me osservati, e fra questi ricordo forme in stato comatoso, non ebbi mai occasione di constatare sindromi emorragiche, ad eccezione di qualche epistassi. Tenuto però conto del quadro anatomo-patologico offerto dagli animali, nel quale predomina costantemente la nota emorragica, col prof. Monti convengo che la epidemia manifestatasi nelle nostre truppe rappresenti con tutta probabilità solo una forma attenuata della spirochetosi ittero-emorragica descritta dai giapponesi; non si può tuttavia oggi giorno escludere in modo assoluto anche l'ipotesi di una varietà di spirochetosi differenziabile dalla ittero-emorragica giapponese.

***

Di maggiore interesse per le applicazioni pratiche che ne possono conseguire possono considerarsi alcune osservazioni sperimentali intese a chiarire il meccanismo del contagio della spirochetosi itterogena. Nelle osservazioni antecedenti a questa nota, in collaborazione col prof. Carpi, il contagio così dall'uomo all'animale come da animale ad animale fu ottenuto sempre introducendo ad arte sangue dell'ammalato od organi dell'animale infetto nel peritoneo della cavia; era questa una via atta a risolvere problemi di varia indole, in ispecial modo l'etiologico e l'anatomo-patologico, più difficilmente il problema del contagio. Invero le osservazioni isto-patologiche di Monti e Veratti, ch'io pure ho potuto confermare e che pongono in evidenza spirochete nel tessuto renale e, ciò che più importa, anche nel lume dei canalicoli, possono considerarsi contributi di notevole importanza mettendo in evidenza la parte che può spettare all'urina quale veicolo dell'infezione. Ormai non possono più esistere dubbi sul potere infettante dell'urina sia dell'uomo come dell'animale. Da ricerche eseguite in collaborazione col dott. Civalleri risulta accertato, almeno per la cavia, che l'urina rappresenta il mezzo più sicuro d'infezione sperimentale ed in ciò convengono anche Martin e Pettit come Cesa-Bianchi per comunicazione orale da quest'ultimo fattami già nel passato dicembre.

Pressochè costanti sono nell'uomo, ma assai più gravi nella cavia le alterazioni renali che conducono ad una albuminuria e cilindruria di alto grado; le alterazioni epato-renali così gravi e costanti da dominare il quadro clinico ed anatomo-patologico hanno indotto Chaufford a definire la malattia quale un'epato-nefrite acuta.

Oltre le urine devono ritenersi sicuri veicoli di contagio le feci: la presenza pressochè costante di spirochete nella bile e quindi la loro eliminazione per le feci presuppongono il valore infettante delle feci che risulterebbe inoltre accertato da nuove osservazioni di Hübener e Reiter.

Il quesito del contagio se così può considerarsi avviato ad una soluzione, presenta però sempre punti ancora oggi necessari di dilucidazione: avviene l'infezione per contagio diretto da persona a persona appunto a mezzo delle feci e delle orine e per la via orale così come per molte altre infezioni batteriche, ovvero per il veicolo di ospiti intermedi?

Il problema fu già posto dal prof. Monti che ha eseguito indagini accurate in proposito: egli ritiene che l'urina deve considerarsi un veicolo d'infezione e che le spirochete debbono penetrare nell'organismo per via della bocca o delle piccole soluzioni di continuo della cute, come le anguillule. Il prof. Monti considerando però i casi apparentemente autocetoni verificatisi non in zona di guerra ed in soldati che non ebbero diretto contatto con infermi, presuppone un ospite intermedio del parassita con funzione di veicolo, e ciò in analogia ad altre infezioni spirochetiche.

Nei riguardi del contagio diretto per via orale, esperienze da me istituite nutrendo cavie con organi di animali infetti hanno dato risultati positivi. Osservo però che la infezione si è verificata solo in una cavia sopra sei regolarmente e per lungo tempo nutrite con materiale infetto e che d'altra parte ebbi l'opportunità di constatare la infezione spontanea in tre animali i quali eransi trovati semplicemente a contatto con altri infettati. Non è possibile quindi ancora oggi esprimere un giudizio sicuro sul vero ed intimo meccanismo del contagio della spirochetosi itterogena; negli effetti pratici devesi però concludere che le misure profilattiche intese a limitare il propagarsi del morbo dovranno rivolgersi in ispecial modo all'allontanamento, alla distruzione delle deiezioni (urine e feci) ed all'educare il soldato ad una accurata pulizia personale.

CLINICA MEDICA MILITARIZZATA DI TORINO
diretta dal sen. prof. C. BOZZOLO.

OSPEDALE MILITARE DI RISERVA R. MARGHERITA
DI TORINO
diretto dal colonnello dott. N. SATTI.

Osservazioni e ricerche sull'ittero epidemico castrense. (1)

Prof. F. MICHELI, maggiore medico, e prof. G. SATTA, aiuto della Clinica (2).

La questione della natura dell'ittero che in forma squisitamente epidemica si è manifestato fra le truppe della nostra fronte e delle retrovie, è oggi dominata essenzialmente dal quesito se ed in qual misura esso sia riconducibile ad una forma di spirochetosi.

Hanno posto l'interessante problema le mirabili conquiste compiute fin dal 1915 da alcuni Autori giapponesi (R. Inada, Ido, Kaneko, Hoki, Ito, Wani, Okuda) e tedeschi (Huebener e Reiter, Uhlenhut e Fromme) nel campo finora così oscuro e confuso dell'etiologia di una forma di ittero infettivo assai vicina per caratteri clinici e anatomo-patologici alla sindrome individualizzata da Weil da oltre 30 anni e perciò conosciuta generalmente sotto il nome di malattia di Weil.

Attraverso questi lavori fondamentali è, come è noto, stata fornita in modo rigorosamente scientifico la dimostrazione che una speciale forma endemo-epidemica di ittero infettivo, più o meno grave, alquanto più grave nel Giappone che in Europa, è sostenuta da una nuova specie di spirocheta, (*Spirochaeta ictero-haemorrhagiae, Spirochaeta nodosa*), di cui gli Autori sopra ricordati, e particolarmente i giapponesi, hanno studiato in maniera esauriente e completa le caratteristiche morfologiche, tintoriali e culturali, le manifestazioni patogene nelle cavie, il modo di ripartirsi negli organismi ammalati o sperimentalmente infettati, i rapporti immunitari, le porte d'entrata e le vie d'eliminazione, creando così d'un tratto una nuova entità etiologica ben definita e gettando nello stesso tempo le basi sperimentali per una scientifica profilassi e terapia della medesima.

Una nuova via, un nuovo orientamento veniva per tal modo a imporsi nello studio degli itteri infettivi epidemici, intorno ai quali tante ipotesi si erano formulate e che a tanti e svariati microrganismi si erano attribuiti, ma la cui sistemazione nosologica permaneva nondimeno informata a criterî esclusivamente clinici.

Quale la portata di questa nuova entità etiologica?

In qual misura le varie forme d'ittero, con caratteri di maggiore o minor gravità, comparse fra le truppe di tutti gli eserciti combattenti, sono infezioni spirochetiche?

A quest'indirizzo s'informavano essenzialmente le nostre osservazioni e le nostre ricerche, iniziatesi, anche per consiglio del Consulente del I Corpo d'armata, senatore prof. Bozzolo, fin dai primi mesi dell'estate del 1916.

Frattanto, l'innesto positivo di sangue o di orine di ammalati nel peritoneo di cavie, secondo l'ormai classico metodo di dimostrazione della spirochetosi, ha stabilito che una spirocheta assai vicina per caratteristiche morfologiche e biologiche a quella di Inada e Ido è certamente in causa nel determinismo di forme clinicamente disparate, sopratutto per la intensità e la gravità delle manifestazioni morbose, d'ittero infettivo, rinvenute fra le truppe della fronte occidentale (franco-inglese) e di quella italiana (Stokes e Ryle, Moreschi e Carpi, Martin e Pettit, Costa e Troisier, Garnier, Renaux, A. Monti, Ascoli e Perrier, ecc.), mentre d'altro lato le ricerche di Sarrailhé e Clunet relative ad un'epidemia di ittero sviluppatasi nel Corpo di spedizione francese dei Dardanelli e quelle di Frugoni e Cannata riguardanti molti casi d'itterizia benigna verificatisi nei primi mesi del 1906 fra le truppe italiane operanti nella Valle dell'Judrio, tendevano a riferirne l'agente morboso a un bacillo del gruppo tifo-paratifo (paratifo D o *Dardanellensis* e rispettivamente paratifo B).

È da ricordare ancora l'ipotesi, espressa dal capitano medico V. Rosei, che l'ittero benigno serpeggiante fra le nostre truppe coll'impronta clinica dell'ittero catarrale sia sostenuto da un difetto d'alimentazione (eccesso di carne, carenza di vitamine).

* * *

Le nostre osservazioni riguardano una forma chiaramente epidemica d'itterizia verificatasi nella seconda metà del 1916 sulla fronte del Trentino. Alcune centinaia di casi di quest'affezione sono pervenuti nella Clinica medica e in special modo nell'ospedale militare di riserva R. Margherita di Torino, ove il cortese ed efficace interessamento del direttore colonnello Satti ci ha permesso di studiarli.

Clinicamente, tutti questi casi si sovrappongono l'un l'altro, con notevole uniformità di

---

(1) Comunicazione alla R. Accademia di medicina di Torino nella seduta del 26 genn. 1917.

(2) Lavoro e ricerche eseguite in parti uguali dai due Autori.

manifestazioni e di decorso e corrispondono assai da vicino, per definire in maniera sintetica il quadro morboso, alla forma di ittero infettivo pseudo-catarrale di Chauffard o ittero infettivo benigno di Patella.

È questo, del resto, il tipo d'itterizia di gran lunga dominante sui vari settori della nostra fronte, in contrasto, a quanto pare, di altre fronti, per quanto anche su la fronte del Trentino, come sulla fronte dell'Isonzo, si siano intrecciate alla forma benigna forme di media gravità e forme gravi e mortali, da noi peraltro non osservate.

Per due distinte direttive si sono indirizzate le nostre ricerche, corrispondenti alle direttive dominanti oggidì nell'interpretazione etiologica minanti oggidì nell'interpretazione etiologica di questi itteri; alla dimostrazione, cioè, del fattore causale in bacilli del gruppo tifo-paratifo da un lato, e dall'altro alla dimostrazione diretta o indiretta dell'origine spirochetica.

In tutti i casi di ittero ancora febbrile capitati alla nostra osservazione, come in quelli sviluppatisi a Torino in soldati feriti o congelati (in complesso 12 casi), l'emocultura in brodo-bile è riuscita negativa. Fanno eccezione due casi, assai interessanti per la relativa loro rarità, di tifo a forma itterica, nei quali precocemente di stabilì e venne a dominare nel quadro morboso una forma di ittero da angiocolite (senza manifestazioni di colecistite o di occlusione completa delle grosse vie biliari) che occlusione completa delle grosse vie biliari), che noi l'impressione di un ittero grave febbrile primitivo. In questi casi l'emocultura fu positiva per il bacillo di Eberth e la diagnosi di tifo a forma itterica fu confermata di poi dall'alto valore della reazione agglutinante rispetto al bacillo tifico e dal decorso assai protratto della febbre, sempre accompagnata da ittero di media intensità, quale non si osserva generalmente nelle forme anche gravi d'ittero infettivo.

L'esito negativo dell'innesto del sangue in cavie e della reazione di neutralizzazione del virus spirochetico col siero di sangue prelevato in periodo di convalescenza tendono ad escludere il concetto d'un'infezione mista, tifica e spirohetica. Ugualmente negative sono riuscite le prove di agglutinazione verso il tifo, paratifo B e paratifo A (metodo macroscopico classico, ceppi ben provati) eseguite in periodo non anteriore alla XV e non posteriore alla XXXV giornata di malattia in 31 casi del solito ittero epidemico, che presentavano ancora all'atto del salasso una tinta itterica più o meno evidente della cute e delle sclerotiche e una più o meno facilmente apprezzabile tumefazione del fegato.

Ad agglutinazioni parziali, osservate in 3 o 4 casi, verso il tifo o il paratifo B, non superiori alla diluizione 1:50, non crediamo di assegnare soverchia importanza, trattandosi di soldati vaccinati da tempo più o meno lontano contro il tifo e talora contro il tifo e il paratifo B.

Sotto quest'aspetto le nostre osservazioni, coincidendo con quelle di Moreschi e Carpi e con i risultati essenzialmente negativi riferiti di recente (27 dicembre 1916) alla Società Medico-chirurgica di Pavia da E. Veratti, C. Gozzi, C. Barazzuoli, pur non essendo assolutamente conclusive, perchè non tengono conto della pluralità biologica dei germi paratifici, non sono certo favorevoli alla genesi paratifica della particolare forma d'itterizia epidemica, cui si riferiscono.

Passando all'altro ordine di ricerche, noi diremo subito che la trasmissione dell'infezione alle cavie per innesto endo-peritoneale di sangue (3-4 cmc. pro cavia) di pochi casi di ittero relativamente recente e presentanti ancora qualche rialzo termico, di alcuni casi di ittero in periodo di recrudescenza febbrile e di qualche caso di ittero sviluppatosi nell'ospedale, non ha mai sortito esito positivo.

Le condizioni per questo genere di ricerche non sono certo favorevoli negli ospedali territoriali, dove gli ammalati arrivano in periodo sempre avanzato di malattia, mentre è noto, per le metodiche e concordi osservazioni degli autori giapponesi, di quelli tedeschi e degli altri che li hanno seguiti, che in casi di spirochetosi l'innesto del sangue non è fruttifero che nei primi giorni di malattia, per lo più non oltre il VII giorno.

Ed è noto altresì, attraverso le constatazioni degli stessi Autori, che anche in periodo di recrudescenza febbrile il germe non è più trasmissibile per mezzo del sangue circolante.

Mercè l'innesto di orine, che permette, come è noto, una dimostrazione più tardiva dell'ittero spirochetico, che è anzi in generale positivo soltanto oltre il X-XV giorno di malattia (autori giapponesi, Huebener e Reiter, ecc.), risultati ugualmente negativi, all'infuori di un caso riferentesi ad un soldato, le cui orine leggermente albuminuriche furono inoculate in II giornata di recrudescenza febbrile nel peritoneo di 2 cavie. La nettezza dell'esperimento fu un po' guastata da un incidente di laboratorio: comunque, le cavie morte piuttosto tardivamente (XVII giornata) erano intensamente itteriche e presentavano il caratteristico qua-

dro anatomo-patologico dell'infezione spirochetica sperimentale, ormai ben conosciuto e oggi così proficuamente integrato dalle belle ricerche istologiche del prof. Monti.

Mercè l'innesto del sedimento di succo duodenale prelevato da uno di noi e dal prof. Quarelli con la sonda di Einhorn in qualche caso di ittero in periodo piuttosto avanzato, ma ancora parzialmente colemico, risultati negativi.

In complesso adunque la dimostrazione diretta dell'origine spirochetica dell'ittero in questione non è riuscita a noi che in un solo caso; ciò che non può escludere, naturalmente, che in ben più larga misura la spirocheta di Inada e Ido o una spirocheta assai vicina abbia parte nell'etiologia di questa affezione.

A parte il criterio clinico dell'uniformità di manifestazioni e di decorso dell'epidemia da noi studiata e della conseguente probabile sua unità etiologica e pur prescindendo dalle difficoltà già accennate che si frappongono negli ospedali territoriali alla trasmissione sperimentale dell'infezione, è assai verosimile il concetto che la trasmissione diretta del germe o la sua dimostrazione microscopica nelle orine trovino altre difficoltà nella attenuazione della forma morbosa, quale si presenta nella grande maggioranza dei nostri casi. L'attenuazione della forma infettiva difatti deve importare, logicamente, nell'ipotesi dell'origine spirochetica, una fase setticemica assai meno spiccata e una successiva eliminazione orinaria di spirochete assai meno copiosa di quel che avviene in forme più gravi di ittero, quali son quelle descritte su altre fronti, dove in maggior numero sono stati reclutati i casi positivi.

E in realtà assai scarsi sono ancora fra di noi, in Italia, i casi positivi, in confronto dell'estensione dell'epidemia e della molteplicità delle ricerche, molte delle quali eseguite senza successo nelle condizioni più favorevoli, da valorosi colleghi degli ospedali da campo.

*
* *

Seguendo questo concetto, è parso a noi che, più che la dimostrazione diretta dell'infezione spirochetica in singoli casi, potesse acquistare qualche importanza, per la soluzione dell'urgente problema dell'estensione del dominio patologico della spirochetosi, lo studio delle eventuali reazioni immunitarie nel siero dei nostri itterici.

E, ottenuto verso la fine dell'ottobre 1916, per cortese concessione del collega prof. Moreschi, un po' di fegato di cavia morta di spirochetosi sperimentale, furono subito iniziate delle ricerche intese a dimostrare nel siero di sangue dei convalescenti di ittero epidemico da un lato la presenza di anticorpi di Bordet-Gengou, dall'altro di proprietà spirocheticide. Per la reazione di deviazione del complemento, abbiamo adoperato come antigene un estratto in soluzione fisiologica di fegato di cavia infettata sperimentalmente e ricco di spirochete. Con le modalità consuete, che saranno esposte nel lavoro completo, l'antigene fu cimentato con parecchi sieri inattivati di itterici in vario periodo di evoluzione, per lo più fra la XV e la XXX giornata di malattia. I resultati sono stati negativi, con eccezione di un caso, in cui il sangue fu prelevato in periodo di recrudescenza febbrile e nel quale la inattivazione del complemento, completa di fronte all'antigene specifico, era pressochè nulla di fronte all'estratto alcoolico di cuore di cavia.

In altri due casi, ugualmente positivi, la reazione era peraltro completa anche di fronte all'estratto alcoolico di cuore di cavia (R. di Wassermann).

Possiamo aggiungere che anche nel siero di cavie infettate sperimentalmente e sopravvissute all'infezione e all'ittero, come in quello di cavie che hanno resistito all'infezione sperimentale in seguito all'iniezione contemporanea di siero di convalescenti, non è stata possibile la dimostrazione di anticorpi di Bordet-Gengou.

Non abbiamo ancora esperienza sui risultati che eventualmente potranno derivare dalla sostituzione dell'estratto di fegato di cavia con sospensione di spirochete, la cui cultura fu già da noi iniziata con successo col metodo di Noguchi modificato secondo le indicazioni degli Autori giapponesi. Anche la intradermoreazione potrà esser tentata.

Risultati più incoraggianti ci hanno offerto le ricerche sul potere spirocheticida del siero. Esse derivano direttamente dalle interessanti osservazioni già praticate dagli Autori giapponesi e da Uhlenhut e Fromme sul potere spirocheticida e spirochetolitico, che comparirebbe nel siero di sangue degli ammalati di morbo di Weil, a datare dalla XII-XV giornata di malattia, permanendovi lungamente anche per anni (Inada, Ido e collaboratori).

È noto che in queste osservazioni immunitarie ha il suo logico fondamento il metodo di cura degli itteri spirochetici con siero di sangue di convalescenti o di animali immunizzati artificialmente, quale è stato applicato con un certo successo dagli Autori giapponesi e tedeschi.

Nelle nostre ricerche il siero di convalescenti di ittero epidemico dalla XV giornata di ma-

lattia in poi era mescolato a dosi varie, ordinariamente di 2 cmc., con una determinata quantità di sospensione di fegato di cavia morta di recente d'infezione sperimentale. Dopo mezz'ora di contatto, il miscuglio veniva iniettato nel peritoneo di cavie di un peso oscillante fra 250 e 350 gr. Contemporaneamente altre cavie erano inoculate con una stessa dose di emulsione + 2 cmc. di siero di ammalati o convalescenti di affezioni svariate e altre, infine, con dosi decrescenti della sospensione di fegato + soluzione fisiologica. Venivano notate accuratamente in seguito le manifestazioni morbose delle cavie, l'epoca della morte, i risultati dell'esame necroscopico. In un'altra serie di esperienze il siero di sangue di convalescenti di ittero epidemico e di controlli fu inoculato al principio della IV giornata dopo l'infezione sperimentale delle cavie. Le nostre indagini sono riuscite assai laboriose per la difficoltà di dosare la virulenza della sospensione di fegato e quindi di stabilirne la dose più conveniente per questo genere di osservazioni. A questo scopo il criterio del conteggio delle spirochete col paraboloide o coi comuni metodi di colorazione — tra cui noi preferiamo quello al nitrato di Ag. di Fontana — non è naturalmente che approssimativo. Qualche serie di ricerche non si presta quindi a conclusioni sicure. Rimangono, tuttavia, altre serie di osservazioni, i cui protocolli saranno riferiti nel lavoro completo, che ci permettono di concludere che in una certa percentuale di casi (33 %) il siero dei convalescenti è capace di ritardare di vari giorni la morte degli animali e che in una percentuale di circa il 33 % lo stesso siero può salvare le cavie di fronte ad una dose di virus almeno quattro volte mortale nelle cavie di controllo e in quelle trattate con sieri di altra provenienza.

Saranno riferite nel lavoro completo le minuziose cautele adottate per metterci a riparo da possibili errori d'interpretazione dei risultati (ripetizione delle esperienze, ecc.).

Sufficientemente dimostrativo ci pare adunque il fatto che in una discreta percentuale di casi, il siero di convalescenti della forma d'ittero infettivo da noi studiata è fornito in maniera specifica di proprietà spirocheticide più o meno manifeste. Perchè altri casi dello stesso tipo e della stessa provenienza ne sieno privi o quasi non sapremmo dire. Il fenomeno, in proporzioni maggiori o minori, ha riscontro in altre reazioni biologiche specifiche e, nel caso speciale, potrebb'essere l'espressione della tenuità dell' infezione. Ci manca peraltro, per insistere più oltre su questo punto, il termine di paragone, che dovrebb'essere rappresentato dall'indagine metodica del potere di neutralizzazione del siero in una serie di casi di convalescenti d'itterizia, la cui natura spirochetica sia dimostrata direttamente.

Comunque, attraverso queste ricerche, ci sembra riaffermarsi la presunzione dell'origine spirochetica (Spirocheta di Inada e Ido o varietà affine) della più gran parte dei casi della forma d'ittero epidemico che fu oggetto delle nostre ricerche. E se realmente la cosa sta in questi termini, essa rivestirebbe, oltre ad una indubbia importanza pratica nei riguardi delle misure profilattiche, un alto interesse clinico-patologico.

Verrebbe così a trovare una nuova conferma il concetto, già suffragato dal moderno progresso degli studi etiologici, che il criterio causale, così come può scindere stati morbosi clinicamente e anatomicamente affini, può d'altra parte stabilire l'unità fondamentale di entità nosologiche apparentemente disparate e distinte alla stregua dei soli criteri clinici.

RIVISTE SINTETICHE.

Istituto d'Igiene della R. Università di Cagliari
diretto dal prof. D. OTTOLENGHI.

Le recenti conoscenze sull'ittero infettivo

per il Dott. GIUSEPPE TRINCAS
Capitano medico della Croce Rossa.

Le osservazioni raccolte in questi ultimi tempi intorno all'ittero infettivo hanno acquistato carattere di attualità anche per la diffusione che la malattia ha avuto e ha tuttavia in diversi luoghi fra gli eserciti in campo, e per la convinzione ormai generale che molti itteri infettivi con tendenza a divenire epidemici presentano bensì forme cliniche svariate, ma tuttavia costituiscono un'entità morbosa eziologicamente unica e ben determinata.

Può quindi aver interesse per i lettori di questo periodico una rivista d'insieme su tale argomento, la quale coordini e completi pure quanto è già apparso in proposito su queste colonne.

I. Già molti medici militari nel corso di varie guerre, specialmente coloniali, avevano avuto più volte campo di rilevare che l'itterizia fa la sua apparizione con molta frequenza fra le truppe, assumendovi forma epidemica (1).

Ricordiamo ad esempio le osservazioni del colonnello Jones (2) nel Transvaal e in India

(1) Revue de Médecine. 1886.
(2) The Lancet, 1916, 25 marzo.

fra le truppe inglesi e indiane del Penjab, e quelle raccolte fra il 1901 e il 1911 dal Dugrois in Tunisia, dove si dovettero mettere in contumacia alcune centinaia di soldati. E ricordiamo pure, per l'estensione che vi ebbe la malattia, la guerra di Secessione, durante la quale si verificarono ben 70,000 casi, pari al 2,5 % degli effettivi in campo (1).

Nella guerra attuale l'ittero cominciò a infierire largamente fra le truppe di sbarco francesi e inglesi nei Dardanelli: fece allora la sua apparizione nel marzo 1915, per raggiungere il massimo in luglio, decrescere in agosto e settembre e terminare in dicembre. I primi sintomi erano imbarazzo gastrico, malessere, cefalea, insonnia, senso di peso all'epigastrio, iniezione congiuntivale, febbre talora preceduta da brivido e oscillante fra 38,5°-40° C. Qualche volta si avevano segni di congestione epatica, nausea e dolori vescicali. Dopo uno o due giorni compariva nella congiuntiva e nella mucosa sottolinguale il colore itterico che diventava più tardi generale, ed allora la temperatura scendeva a 38° C, per tornare normale al 10° giorno di malattia. Nel 5°-6° giorno l'urina si faceva bruna e ricca di pigmenti biliari. Le evacuazioni prima diarroiche, durante l'itterizia diventavano solide; mancava, oppure era poco comune, il prurito cutaneo che è quasi costante nell'itterizia catarrale. La milza era di solito pressochè normale. Si avveva convalescenza lunga e penosa per l'anoressia e l'astenia che l'accompagnavano.

Oltre a questa forma riscontrata frequentemente fra le truppe dei Dardanelli, se ne hanno altre osservate in Francia, nelle Fiandre, in Austria, in Germania e in Italia, dipendenti, come si vedrà avanti, per la maggior parte, dal medesimo agente patogeno, ma con caratteri clinici e con gravità differenti.

Così abbiamo casi nei quali l'ittero può apparire durante la convalescenza di un supposto semplice disturbo gastrico febbrile, o essere molto leggero e limitato alla colorazione gialla del muco e dell'urina. Si possono avere anche tipi apiretici che compaiono simultaneamente ai casi febbrili ed hanno d'ordinario un principio insidioso: l'ammalato avverte bensì nausea e astenia profonda, pesantezza all'ipocondrio destro, con ingrossamento del fegato e dolorabilità vescicale, mentre la milza è normale o quasi; ma la sua attenzione viene richiamata quasi solamente dalla comparsa della colorazione gialla della pelle e delle urine.

(1) Presse Médicale, 1916, p. 572.

In questi tipi la durata della malattia, talvolta ambulatoria, oscilla fra 8-10 giorni, e uno o più mesi.

In altri casi l'inizio è improvviso, caratterizzato da freddo, cefalea intensa, vertigine, nausea, vomito persistente, diarrea e dolori addominali.

In poche ore la febbre si fa alta e si accompagna con sete e dolori muscolari intensi, specialmente dei polpacci. L'itterizia si sviluppa in 48-72 ore e si hanno emorragie del naso, della bocca e dell'intestino, nelle congiuntive e nella cute. D'ordinario vi è delirio, persino nell'assenza della febbre. Talvolta questa decresce dopo 3-4 giorni, permanendo ancora in forma leggera per 12-20 giorni, e intanto aumenta la quantità dell'urina, diminuisce l'itterizia e l'ammalato o guarisce senz'altro o presenta delle ricadute più o meno gravi. Nè sono molto rari i sintomi meningitici che, secondo Costa e Troisier (1), quando manchi l'itterizia, possono far credere al medico di essere dinanzi a vere meningiti.

Moreschi e Carpi (2) in Italia e Martin e Pettit (3) in Francia osservarono con frequenza tumefazione modica delle ghiandole linfatiche dell'inguine, dell'ascella e dell'epitroclea fino alla grandezza di una nocciola: alterazioni, che da studiosi giapponesi vennero ritenute l'effetto della diffusione dell'infezione nell'organismo attraverso le vie linfatiche.

Nulla di speciale v'è da dire intorno alle epidemie d'ittero insorte in Austria e in Germania (4): si trattava anche là quasi sempre di casi lievi colla solita sintomatologia analoga a quella dell'ittero catarrale semplice. Nelle forme gravi la temperatura saliva fino a 40° C, si aveva dolorabilità delle regioni epigastrica ed epatica, fegato un po' ingrossato, urine scarse, brune, ricche di albumina, cilindri ed emazie, feci raramente scolorite. L'esito era di regola la guarigione, ma dopo una lunga convalescenza.

Nell'epidemia d'ittero verificatasi in diversi punti del fronte occidentale, e specialmente sul fronte belga, Renaux (5) vide predominare ora i sintomi epatici coll'urobilinuria ora quelli renali coll'albuminuria: qualche volta erano

(1) C. R. d. l. Soc. d. Biol., 1916, vol. 79, pagina 1038.
(2) Policlinico; sez. prat. 1916, n. 43.
(3) Presse Médicale, 1916, n. 69.
(4) BENCZUR, MÜLLER e altri — Vedi i riassunti dei lavori nel Bullet, d. l'Inst. Past., 1916.
(5) C. R. d. l. Soc. d. Biol., 1916, vol. 79, pagina 947.

egualmente gravi nello stesso malato. Però negli itterici con disturbi renali pronunciati, come si dimostrò anche al tavolo anatomico, i decessi erano più frequenti. Un sintoma importante, secondo Renaux, e al quale non si è fatta grande attenzione da parte dei medici, è l'anemia che accompagna la malattia, anche se mancano le grandi emorragie, cioè l'epistassi e il sangue nelle urine e nelle feci. È un'anemia progressiva di origine probabilmente tossica, crescente della 2ª alla 3ª settimana: l'emoglobina scende a 45°-60° %, le emazie a milioni 2, 5-4 per cmc. Nella prima settimana si ha inoltre leucocitosi, nella 2ª, 3ª, 4ª settimana leucopenia, e ritorno al normale verso la 7ª-8ª settimana.

Ricordiamo infine che il Wilcox (1), in alcune altre epidemie di ittero infettivo fra gli eserciti francese ed inglese, vide egli pure prevalere il tipo clinico leggero già accennato e solo in casi rarissimi presentarsi delirio, vomito, singhiozzo, polso debole e frequente, ipotermia e morte.

Da prima i casi della malattia, di cui ci occupiamo, verificatisi nella guerra attuale fra le truppe combattenti, sopratutto quando non erano ancora molto numerosi, vennero quasi sempre ritenuti come forme catarrali semplici. Solo quando il numero dei malati cominciò ad essere un po' elevato ed altri fatti svegliarono l'attenzione dei medici, si cominciò a dubitare che la causa fosse in germi abbastanza facilmente trasmissibili da uomo a uomo, e quindi capaci di provocare delle epidemie più o meno estese.

Seguendo tali concetti prima Sarrailhé e Clunet (2), poi altri, come i nostri Frugoni e Cannata (3) poterono stabilire che l'ittero era non raramente prodotto da germi del gruppo tifo-paratifo. Ma le conoscenze si perfezionarono assai più quando gli studiosi si misero a trarre partito delle importanti ricerche che alcuni Autori giapponesi, Inada, Ido, Hoki, Kaneko, Ito (4) avevano iniziato fin dal 1914 intorno a una malattia assai simile al così detto *Morbo di Weil* che domina in forma epidemica, specialmente nell'Ovest del Giappone, con una mortalità del 32 %, e che è caratterizzata da congestione congiuntivale, dolorabilità muscolare, febbre, itterizia, tendenza alle emorragie ed albuminuria. I frutti più importanti di codesti studi, pubblicati particolarmente nell'anno testè chiuso, furono nel campo dell'eziologia, i seguenti.

Le malattia è prodotta da una spirochete, che venne chiamata *spirochete ittero-emorragica*, sì che l'affezione potrebbe prendere il nome di *spirochetosi ittero-emorragica*. La spirochete è assai diffusa nell'organismo ove si trova negli spazi intercellulari dei tubuli renali, nelle cellule epatiche, nelle ghiandole surrenali, nelle ghiandole linfatiche, nella milza, nel muscolo cardiaco, nel testicolo, nel pancreas e nel sistema nervoso centrale.

La spirochete è patogena per la cavia. Se si inoculano, per esempio, 2 cmc. di sangue di cuore o di fegato di un itterico o per via ipodermica o intraperitoneale, od anche orale nella cavia, si osserva come questa, dopo un periodo d'incubazione variabile (da 1 settimana nell'inoculazione peritoneale a parecchie settimane in quella orale), presenta una curva febbrile oscillante per 4-8 giorni sui 39° C, e accompagnata da emorragie vulvari e nasali, da colorazione gialla della sclerotica, della mucosa labiale, anale e vulvare, da presenza di albumina e di pigmenti biliari nell'urina. La morte dell'animale sopravviene dopo un periodo più o meno lungo (5-8 giorni nell'inoculazione intraperitoneale, 7-8 nell'inoculazione ipodermica, 9-10 nell'inoculazione gastrica); ed all'autopsia si hanno le seguenti alterazioni: tinta itterica nella maggioranza degli organi e dei tessuti, edemi ed emorragie specialmente nel tessuto adiposo delle regioni ascellare e crurale, nei polmoni, nell'intestino, nelle ghiandole surrenali, nei reni, muscoli striati, ecc., nefrite ed endocardite. Gli AA. trovarono costantemente le spirochete in tutti gli organi dell'animale.

La lunghezza delle spirochete varia da 6 a 13 μ, con una grossezza di 0,25 μ, la forma è a spirale corta, a C o ad S, talvolta con una o parecchie nodosità che dànno al parassita l'aspetto di un rosario. È mobile, la si studia bene coll'esame in campo oscuro, e si colora, previo fissaggio in alcool etilico o metilico, col liquido di Giemsa. La moltiplicazione forse avviene per segmentazione trasversale.

Le spirochete sarebbero filtrabili attraverso le candele Berkefeld V, N, W; i loro movimenti cessano subito nella glicerina al 50 %, nel cloruro sodico al 5 % e nell'acido acetico al 0,5 per cento. Sono coltivabili (1) in terreni solidi e liquidi e si sviluppano egualmente bene tanto in aerobiosi quanto in anaerobiosi. I terreni

(1) British Med. Journ., 1916, 26 febb.
(2) Lancet, 1916, 25 marzo.
(3) Sperimentale, 1916, fasc. 1.
(4) The Journ. of exp. med., 1916, vol. 23, numero 3.

(1) ITO e MATSUZAKI. Journal of exp. Med., 1916, vol. 23, n. 4.

solidi adatti sono l'agar al sangue e la gelatina al sangue, che si preparano mescolando 1 parte di sangue di uomo o di cavia normali con 1-2 parti di agar nutritivo alla temperatura di 50° C, oppure 1 parte di gelatina con 2-4 parti di sangue a 25°-30° C. Appena pronti e prima che i terreni siano divenuti solidi, vi si semina una goccia di sangue infetto, agitando bene. Dopo solidificazione si aggiunge uno strato di circa 2 cm. di olio di paraffina, poi si mettono le colture, che vengono tenute in osservazione per 2-3 settimane, in termostato a 37° oppure a 15°, se si tratta di gelatina, la quale dà in genere migliori risultati. Nell'agar lo sviluppo comincia già nella prima settimana, per aumentare nella seconda e raggiungere il massimo nella terza, senza accompagnarsi alla produzione di odore sgradevole, nè di gas e senza fluidificare la gelatina. Un buon mezzo di coltura liquido è dato dal siero di sangue di uomo o di bue, diluito con parti eguali di acqua distillata o di liquido ascitico o di essudato pleurale sottoposto alla sterilizzazione frazionata a 50°-60° C. Si distribuisce in provette nella quantità di 10 cmc. per ciascuna e vi si fa la semina del materiale sospetto. Dà buoni risultati anche il terreno di Noguchi, nel quale dopo 3-10 giorni comincia ad apparire qualche nubecola costituita da colonie di spirochete.

Però il terreno di coltura più adatto di tutti pare che sia l'essudato pleurale ricco di fibrina (1).

Queste ricerche degli sperimentatori giapponesi hanno avuto una buona conferma dai lavori fatti, quasi contemporaneamente, in Germania e più tardi in Francia e da noi, i quali hanno condotto a riconoscere anche in Europa l'esistenza di un ittero infettivo assai diffuso e prodotto da spirochete. Li riassumerò brevemente.

Uhlenhuth e Fromme (2), da un lato e Hübener e Reiter (3), d'altro lato, furono i primi a dimostrare che l'ittero epidemico, comparso durante la guerra in Germania, è malattia trasmissibile, mediante iniezione intraperitoneale di sangue o di urina di malati, alle cavie, che ne muoiono presentando poi all'autopsia speciali lesioni e, quel che più importa, numerossime spirochete sottilissime con sorta di nodosità, onde il nome di *spirochete nodosa.* Questi AA. osservarono inoltre che la cavia non è il solo animale sensibile, ma lo sono anche il coniglio e la scimmia.

(1) The Journ. of exp. med., 1916, n. 4.
(2) Berlin. Klin. Woch., 1916, 21 febbr.
(3) Journ. R. Army med. Corps, 1916, 3 sett.

Intanto al principio del 1916 Gwyn e Owen (1) riescono a vedere delle spirochete nel centrifugato di siero di itterici, senza però riuscire a dimostrarne l'azione patogena. Ma poco più tardi (settembre 1916) Stokes e Ryle (2), studiando molti casi di ittero infettivo nell'armata inglese delle Fiandre, ottengono, coll'inoculazione del sangue di alcuni infermi nelle cavie, itterizia e morte di questi animali, colla comparsa di spirochete nel sangue e nell'urina. Segue il 10 ottobre 1916 la prima comunicazione intorno alla presenza di un ittero da spirochete in Francia, fatta da L. Martin e R. Pettit (3), che raccolgono in seguito molti dati interessanti intorno a quell'infezione. Lo stesso giorno Moreschi e Carpi (4) fanno una comunicazione analoga riguardante nostri soldati, alla Società Medico-Chirurgica di Pavia. Vengono poi le osservazioni di Garnier (5), di Renaux (6), di Clement e Fiessing (7), di M. Ascoli e Perrier (8), che conducono anch'esse alla medesima conclusione, la quale è che, per quanto gli itteri infettivi comparsi in Europa, sopratutto fra le truppe, abbiano presentato, come fu detto da principio, caratteri clinici abbastanza svariati e, a differenza della malattia studiata dai giapponesi, siano stati di solito benigni (9), nondimeno quando ne fu indagata l'eziologia, hanno dimostrato di provenire assai spesso, se non sempre, da spirochete che, per l'aspetto e per le proprietà, paiono realmente essere tutte eguali fra loro e identiche alla spirochete ittero-emorragica. Non manca, per accettare definitivamente questa ultima conclusione, se non la prova diretta, che certo non tarderà a venir tentata.

II. Non è ancora chiaro il meccanismo dell'infezione. Sperimentalmente si sa che gli ani-

(1) Lancet, 1916, 16 settembre.
(2) Rif. in Bull. Inst. Pasteur, 1916, p. 596.
(3) C. R. d. l'Acad. d. Méd., 1916, 10 ott.
(4) Policlinico, Sez. prat., 1916, n. 43.
(5) C. R. Soc. Biol., vol. 79, p. 928.
(6) Loc. cit.
(7) Presse méd., 1916, p. 598.
(8) Gazzetta degli Ospedali, 1916, n. 103.
(9) ASCOLI e PERRIER (loc. cit.) rilevano che questa benignità rende più difficile la diagnosi sperimentale dell'ittero, perchè il soldato non si dà malato se non quando la malattia lo ha già molto indebolito, ossia quando, essendo molto progredita, il sangue è d'ordinario già esente da spirochete che sogliono persistervi specialmente durante il periodo preitterico. Bisogna però notare che meglio del sangue si presta per l'inoculazione nella cavia e per l'indagine microscopica il sedimento dell'urina, che contiene il parassita per un tempo assai più lungo e in maggior copia.

mali possono venire infettati, oltre che per ingestione, attraverso alle mucose ed anche attraverso la pelle rasa ma senza lesioni visibili. Infatti gli studiosi giapponesi già citati riuscirono ad infettare delle cavie con un'emulsione di fegato contenente spirochete deposta o spalmata sulla pelle rasa, lasciandovela agire per 5 minuti, dopo di che la pelle si lavava con alcool o con sublimato.

Poichè dai malati le spirochete vengono eliminate in gran numero colle urine e anche colle feci è pertanto assai probabile, che nel maggior numero dei casi l'infezione dell'uomo avvenga per il sistema digerente, nel modo seguito in genere nel tifo, colera, dissenteria, ecc. Ma è altresì evidente che la trasmissione potrà, in certe condizioni, compiersi pure attraverso la pelle. È assai suggestivo a questo proposito il fatto rilevato dagli AA. giapponesi, che l'itterizia infettiva del Giappone è assai comune nelle miniere di carbone, e particolarmente in quelle nelle quali il suolo delle gallerie è coperto d'acqua. Invero tale stato del terreno favorisce la macerazione della pelle dei piedi, e può così aprire facili vie d'ingresso al virus contenuto nelle feci e nelle urine che tanto frequentemente contaminano appunto il terreno delle miniere.

Un'altra constatazione importante soprattutto per la profilassi di Laboratorio venne fatta da Goebel (1) ed è la possibilità dell'infezione nel personale degli Istituti dove si maneggiano cavie inoculate colla spirochete in questione o il virus corrispondente.

In un caso pare che il virus sia penetrato nell'organismo per infezione della congiuntiva, e questo caso è pure interessante perchè mancò l'ittero, ma la diagnosi fu potuta stabilire egualmente, essendo riuscito ad ottenere, col sangue dell'infetto, il quadro caratteristico della spirochetosi ittero-emorragica nella cavia.

Finora mancano sicuri argomenti per attribuire importanza, per la trasmissione, alle pulci, ai pidocchi e alle zanzare, che da alcuni sono state accusate di contribuire alla diffusione dell'ittero; invece non occorre insistere sul pericolo che possono rappresentare le mosche.

IV. Riguardo alla diagnosi, lasciando in disparte il lato puramente clinico della questione e omettendo pure di parlare del riconoscimento degli itteri infettivi prodotti dai germi del gruppo tifo-coli, parmi invece utile insistere sull'opportunità di ricorrere ai mezzi sperimentali più adatti a mettere in chiaro una infezione da spirochete, appena si abbia il dubbio di essere di fronte ad essa.

Tali mezzi sono essenzialmente i seguenti:

1° La ricerca diretta della spirochete nel sangue e nelle urine.

Gli studiosi sono concordi nell'asserire che le spirochete per solito si trovano in così scarso numero nel sangue, che il rinvenirle coll'esame microscopico è quasi eccezionale: assai meglio corrisponde a tale scopo l'urina, in cui però esse compajono sempre un po' tardivamente, verso il 10° giorno di malattia, secondo Renaux, e specialmente dal 15° in poi, fino alla 6ª o 7ª settimana e anche oltre. L'urina deve venire centrifugata a fondo (30 minuti a 4 mila giri), usandone 40-60 cmc. almeno: e l'esame viene fatto, come per il sangue, a fresco in campo oscuro oppure valendosi del metodo all'inchiostro di China .Altrimenti, le spirochete possono venir colorate col liquido di Giemsa o con liquidi analoghi, oppure, secondo che raccomandano Renaux, Favre e Fiessinger e altri, ricorrendo al procedimento di Fontana tal quale o nella modificazione del Tribondeau (1).

L'aspetto e la grandezza della spirochete sono già state descritte da principio: aggiungo ora che essa non è dotata di grande mobilità.

2° Inoculazione negli animali.

Finora pare che l'animale più adatto sia la cavia, nella quale l'innesto si fa in peritoneo o sottocute, quando si dubita che il materiale sia troppo inquinato. Si usano 5-6 cmc. di sangue (10 cmc. hanno spesso azione troppo tossica) e 5 cmc. di urina o il sedimento di 40-60, 100 cmc. d'urina sospeso in un po' di soluzione fisiologica. È raccomandabile d'inoculare più di una cavia, p. es. 4, due con sangue e due con urina.

L'animale, dopo qualche giorno di malessere, presenta emorragie nasali (e vulvari, se si

(1) Rif. in Bull. Inst. Pasteur, 1916, p. 369.

(1) Il metodo è in breve così: *a*) distensione del materiale su un portaoggetti, essiccamento, fissazione alla fiamma oppure col liquido di Ruge (acqua p. 100, formolo p. 2, acido acetico p. 1), seguìto da lavaggio con alcool assoluto; *b*) trattamento per 20" a caldo con acido tannico 5 % e lavaggio per 30" in acqua corrente; *c*) trattamento per 20-30" a caldo fino a comparsa di vapori col seguente liquido: soluz. di nitrato d'argento 5 %, a una parte della quale si aggiunge prima goccia a goccia dell'ammoniaca, fino a scomparsa del precipitato bruno che si forma in principio, poi un po' della stessa soluzione di nitrato d'argento fino ad avere un liquido leggermente opalescente dopo agitazione; *d*) lavaggio, asciugando con carta bibula; immersione (Bull. Inst. Pasteur, 1913, p. 330).

tratta di una femmina), iniezione delle congiuntive, e poi, qualche tempo prima della morte, itterizia della sclera, della pelle e delle mucose, albumina, cilindri e pigmenti biliari nell'urina. La morte si ha al 4°-8° giorno ed anche più tardi. All'autopsia si trova: itterizia più o meno generale, edemi ed emorragie specialmente nel tessuto adiposo delle ascelle e delle coscie, nei polmoni, nell'intestino, nelle capsule surrenali, nel rene, nei muscoli ecc. Secondo Martin e Pettit le lesioni istologiche più rilevanti sono: degenerazione grassa e necrosi del fegato, nefrite, infarti nel polmone, emorragie nelle ghiandole surrenali, ematofagia intensa nella milza e specialmente nei gangli linfatici. La spirochete è diffusa ovunque, ma si trova con maggior facilità nel succo epatico, oppure nei reni e nelle capsule surrenali. Oltre al sangue e all'urina, si può inoculare nella cavia 10 cmc. di liquido cefalo-rachidiano, che, specialmente quando vi sono sintomi meningitici, contiene spesso la spirochete, sia nei primi giorni di malattia, sia durante le ricadute (1).

3° La coltura della spirochete, secondo il procedimento usato dagli AA. giapponesi, è probabilmente adatta solo nei primissimi tempi della malattia dell'uomo.

Buoni sussidi diagnostici sarebbero poi:

a) la prova della deviazione del complemento.

Questa, secondo le ricerche di Martin e Pettit e di Costa e Troisier, riesce positiva tanto con antigene sifilitico, quanto con antigene itterico (fegato di cavia infetta). Siccome però anche il siero dei sifilitici dà la deviazione con tutti e due gli antigeni, bisognerà, nel caso di sospetto ittero, escludere che il malato sia un sifilitico. Nè si dimentichi il fatto interessante che, a quanto si afferma, i sieri di itterici comuni non dànno la deviazione del complemento.

b) La prova del potere protettivo di cui è di regola dotato il siero dei convalescenti, che si eseguisce (2) iniettando nella cavia una mescolanza di 1-2 cmc. di siero e una dose mortale di materiale ricco di spirochete: la cavia deve sopravivvere. Occorrono, naturalmente, gli opportuni controlli.

V. La profilassi di questa malattia è indicata dal modo di eliminazione e da quello di penetrazione della spirochete. Come già si è detto, queste si trovano nelle orine, nelle feci, nel sangue stravasato, p. es. nell'espettorato emorragico. Bisogna dunque prendere le precauzioni necessarie per rendere inoffensivi questi prodotti morbosi, ricordando che l'eliminazione per la via renale può protrarsi oltre il 60° giorno dalla guarigione clinica. Si avrà infine cura d'impedire l'infezione attraverso la pelle, come anche la diffusione per mezzo delle mosche e delle mani dei portatori. Bisognerà pure pensare a prosciugare e poi a disinfettare il terreno delle miniere, trincee, ecc., ove si siano verificati casi di tale malattia, usando come disinfettante la calce, che è interamente adatta.

Ma un altro punto assai importante per l'epidemiologia e per la profilassi è quello recentemente posto in luce da studiosi giapponesi (1), che cioè, la spirochete ittero-emorragica si trova nei reni e nell'urina del 39,5 % dei ratti di chiaviche e delle miniere di carbone di Kyushu, e che si trova anche nei topi campagnuoli. La spirochete dei ratti è anch'essa patogena per la cavia e per l'uomo, cui può pure essere trasmessa mediante la morsicatura, con un periodo d'incubazione che, in due casi, fa di 7 a 9 giorni. Non occorre insistere sull'interesse che offrono questi fatti e sulla necessità che anche in Europa s'indaghi se l'ittero infettivo può venire propagato dai ratti: a tutti è noto che peste siano questi animali in molti luoghi per le truppe in trincea, e tutti comprendono che importanza acquisterebbe la lotta che ora già si fa contro di essi.

VI. Riguardo alla cura, dai medici giapponesi venne sperimentato il salvarsan che, iniettato nelle cavie infette alla dose di gr. 0,1 per kg. di peso di animale fa sparire le spirochete dal sangue, ma i risultati avuti tanto da essi quanto dai medici tedeschi nell'uomo non sono tali da giustificarne l'uso. Essendosi d'altra parte osservato che fin dal 14°-15° giorno di malattia si producono nel sangue degli infermi delle sostanze batteriolitiche e battericide per le spirochete, sì che il siero di convalescente iniettato nelle cavie infette ne fa sparire le spirochete dal sangue, si cercò di valersene per applicazioni sieroterapiche nell'uomo. Ma la quantità di siero che si può ottenere da ogni convalescente è così piccola, che l'idea fu ben presto abbandonata, preferendosi di tentare senz'altro la produzione di

(1) La spirochete passa pure nel liquido amniotico, almeno nella cavia. Del resto, nella donna colpita da ittero infettivo è frequente il parto prematuro (COSTA e TROISIER, loc. cit.).

(2) MARTIN e PETTIT, loc. cit.

(1) IDO, HOKI, ITO e WANI, The Journ. of exp. Med., 1916, vol. 24, n. 5.

sieri immunizzanti negli animali di grossa taglia, e specialmente nei cavalli. Le prove con quest'ultimo indirizzo sono appena incominciate e non è quindi possibile pronunciare alcun giudizio: dirò solamente che gli AA. giapponesi sono riusciti a preparare un siero che nella dose di cmc. 0,01 protegge la cavia di 200 gr. dall'inoculazione simultanea di 1 cmc. di coltura di spirochete (1); e che sieri dotati di notevole azione protettiva per la cavia, assai più sensibile dell'uomo a questo virus, hanno ottenuto anche Hübener e Reiter (2), e Martin e Pettit (3).

Gli stessi AA. giapponesi già citati hanno eseguito altresì dei tentativi di vaccinazione. Le prime prove furono istituite nelle cavie, preparando il vaccino nel seguente modo: ad un'emulsione di fegato itterico di cavia o alla coltura pura aggiunsero acido fenico nella proporzione del 0,5 % conservando poi la miscela in ghiacciaia per una settimana. Inocularono quindi il liquido chiaro sovrastante nella cavità peritoneale delle cavie in tre volte, coll'intervallo di 7-9 giorni, e nella quantità di 2-3 cmc. nella prima iniezione, di 2-4 cmc. nella 2ª e nella 3ª. Come effetto immediato si aveva l'insorgenza di convulsioni generali che duravano circa un'ora, e un rialzo termico a 38°-40° C. per 1-2 giorni. Qualche animale perdeva di peso, d'appetito e moriva. Nei sopravvissuti, dopo 9-18 giorni dall'ultima inoculazione, vennero iniettati, nel cavo peritoneale, 2-3 cmc. di emulsione di fegato itterico o di coltura pura contenente 6-15 spirochete per campo microscopico. Di 15 cavie così trattate morirono 12, ma all'autopsia di queste non furono trovate spirochete, ed il loro fegato emulsionato ed iniettato per via intraperitoneale in altre cavie produsse la morte per ittero di una sola di esse. Queste ed altre esperienze che dimostravano la possibilità di ottenere un certo grado d'immunità attiva, probabilmente solo antibatterica, nella cavia, persuasero gli stessi AA. a fare analoghi tentativi anche nell'uomo, valendosi di un vaccino preparato come quello per le cavie, salvo che era dieci volte più forte, ma i risultati ottenuti sono ancora incerti, e solo consigliano di approfondire lo studio di questo argomento, non meno importante di quello della profilassi in genere dell'ittero infettivo, che, se, almeno per ora e presso di noi, si è dimostrato, come abbiamo visto, un'infezione benigna, ha però l'inconveniente grave di produrre nel malato uno stato di profonda debolezza che si protrae per settimane e talora per mesi.

Appendice. — L'osservazione degli Autori giapponesi, che la spirochete ittero-emorragica è spesso ospite dei ratti, venne confermata recentemente da Stokes, Ryle e Tytler, i quali esaminando 15 ratti catturati in trincee, ove si erano verificati molti casi di ittero, ne trovarono 6 infetti appunto di quella spirochete (*The Lancet*, 1917, 27 gennaio). Martin e Pettit hanno trovato anch'essi, su 5 ratti campagnuoli provenienti da località in cui si era sviluppato l'ittero, 1 ratto infetto (C. R. Soc. Biol., 1917, 6 gennaio).

La presenza della spirochete nei ratti non pare si accompagni a sintomi clinici o anatomo-patologici di qualche rilievo. Martin e Pettit notarono solamente un evidente tumore di milza.

(1) INADA, IDO, HOKI, HIROSKI e WANI, Journ. of. exp. Med., 1916, vol. 24, n. 5.
(2) Rif. in Bull. Inst. Pasteur, 1916, p. 596
(3) Loc. cit.

Itteri infettivi e spirochetosi.

Tra gli itteri, che mostrano i caratteri clinici di una malattia da infezione, Weil ha cercato di isolare una sindrome morbosa abbastanza ben definita, ma che rimaneva ad etiologia affatto oscura.

Nell'esperienza comune ognuno sa quante difficoltà si incontrino nelle diagnosi differenziali e nella determinazione del morbo di Weil, e come spesso si ricorra alla denominazione di *ittero infettivo*, *ittero grave*, ad una denominazione cioè più comprensiva e che trascura qualche fatto clinico, voluto dagli autori per una diagnosi particolare. D'altra parte qualsiasi malattia offre nelle gradazioni della gravità, e nella varietà delle forme tali differenze, che riesce opera ardua, quando la conoscenza dell'agente morboso manchi, come suggello della diagnosi, unificare le stesse manifestazioni della medesima infezione: basterà ricordare, a titolo di esempio, le forme cliniche della malaria, quelle della sifilide.

Weil ha descritto la malattia, che di lui porta il nome, nel 1886. Essa era caratterizzata dalla febbre, dall'ittero, dall'albuminuria, dal tumore di milza: tutte le apparenze facevano ritenere che si trattasse d'una malattia da infezione; ora insorgeva sotto forma epidemica, ora localizzata ad un gruppo di individui, ora a tutti i membri d'una medesima famiglia. Sull'argomento hanno richiamato l'attenzione da qualche anno le memorie originali dei medici giapponesi Inada, Ito, Hoki, Kamko, Into (*Journ.*

of exper. Medic., marzo 1916; *British Med. Journ.*, 1916, vol. I, pag. 491 e 627), i quali hanno trovato prevalente la malattia in forma epidemica, specialmente nel Giappone occidentale.

Le prime esperienze per lo studio dell'agente morboso sono state condotte da Inada ed Ito nel 1914; essi inoculavano delle cavie con sangue estratto dalle vene dei pazienti, che presentavano le note cliniche del morbo di Weil.

Nel fegato delle cavie inoculate, nelle quali erasi determinata la malattia, essi poterono dimostrare la presenza di spirochete. Nel 1915 gli stessi autori vennero alla conclusioni che questa spirochete (*S. ictero-haemorragiae*) era la causa della malattia: essi trovarono che il sangue dei malati conteneva sostanze protettive contro la spirocheta, che avevano messo in evidenza, e che, se si preleva il sangue dei malati durante i primi cinque giorni della malattia, con iniezioni intraperitoneali, quasi costantemente si determina nelle cavie la malattia (caratterizzata da albuminuria, febbre, ittero) che infine le spirochete si possono mettere in evidenza nel fegato e nel sangue degli animali inoculati: l'infezione inoltre è trasmissibile da animale ad animale, per inoculazione, anche per parecchie generazioni.

Esperienze e ricerche, ripetute su gente sana e su malati affetti da ittero catarrale, hanno dato resultato negativo. In seguito gli studiosi giapponesi sono riusciti a dimostrare la spirochete in sei campioni di sangue di malati, nella parete intestinale e nelle glandule surrenali in due autopsie. In due casi, nei quali l'autopsia fu praticata al sesto giorno dall'inizio della malattia, furono nel fegato rinvenute spirochete in numero presso che simile a quello che si trova nel fegato delle cavie.

L'esperienza in animali aveva già dimostrato che il sangue dei malati contiene l'agente morboso fino al quinto giorno della malattia (inoculazioni positive), poi esso scompare dal sangue (inoculazioni negative) e compaiono invece in circolo degli immuncorpi, quando le spirochete sono ancora dimostrabili nei tessuti. Nelle urine le spirochete compaiono verso il decimo giorno (la dimostrazione ne è stata data con l'esame microscopico e con l'inoculazione), e la eliminazione segue alla comparsa di sostanze immuni nel circolo, e può continuare fino al 13° giorno. Circa le vie seguìte dall'agente morboso, Weil digià aveva sospettato che il canale intestinale fosse la via d'ingresso d'elezione e Inada sostiene tale modo di vedere. Ma Oki ha potuto dimostrare che è sufficiente, per comunicare la malattia ad un animale, l'applicazione del materiale infettivo sulla cute sana. E nello studio dell'epidemia egli ha potuto constatare che tra i lavoratori delle miniere è frequente in quegli individui, che lavorano nei pozzi e nelle gallerie umide: in una miniera di carbone, in cui si era accumulata dell'acqua, dietro suggerimento dell'A., l'acqua fu estratta con la pompa, e là dove infieriva, l'infezione scomparve. Tale punto di vista è importantissimo, se si riporti ai lavori che si compiono dai soldati nelle trincee umide. L'infezione da uomo ad uomo sembra sia rara, ma non è impossibile l'eventualità che zanzare e vermi possano essere i mezzi trasmissori della malattia protozoaria.

Dopo i lavori degli AA. giapponesi, non sono mancate conferme e discussioni.

Hübener e Reiter (*Deut. Mediz. Wochen.*, 1916) hanno eseguito simili ricerche in una epidemia insorta tra le truppe coi caratteri di ittero di Weil, e sono riusciti anche essi a riprodurre sperimentalmente la malattia nelle cavie e a mettere in evidenza negli animali inoculati una spirocheta che essi denominano *nodosa*, e che ritengono sia l'agente della malattia.

St. Martin e A. Petit hanno confermato (*C. R. Soc. de Biol.*) le ricerche sperimentali degli AA. giapponesi, ed hanno studiato le caratteristiche delle spirochete.

A. Stokes e J. Ryle (*British Medic. Journal*, 23 sett. 1916) hanno potuto osservare nella campagna di Fiandra parecchi casi di ittero infettivo emorragico; essi riportano i caratteri clinici più importanti e le ricerche di laboratorio eseguite sulla guida di quelle già pubblicate dagli AA. giapponesi.

I sintomi più salienti osservati sono: cefalea, dolori diffusi agli arti inferiori, debolezza, dolore ai bulbi oculari, vaghi dolori addominali non ben localizzati. Qualche malato ha vomito, in pochi casi il vomito è stato ematico, qualcuno ha epistassi.

La malattia s'inizia con febbre alta (40° e più) che la varia durata (da 8 a 10 giorni secondo le storie cliniche dagli AA.), e scende per rapida lisi.

Nell'ammissione nell'ospedale in genere i malati sono itterici, le congiuntive sono iniettate. la prostrazione è piuttosto grave. L'esame degli organi fa notare: lingua secca, cianotica, screpolata, talora *herpes labialis* emorragico.

Il fegato è aumentato di volume, in nessun caso l'A. ha trovato tumor di milza; v'ha costipazione, in qualche caso sangue nelle feci, l'appetito, perduto durante la malattia, ritorna collo scomparire dell'ittero. A carico del sistema circolatorio si nota il polso raro in confronto

con il grado di temperatura e raro si mantiene durante la convalescenza; pressione e ampiezza del polso normale, in qualche raro caso grave il polso è vuoto e frequente, il cuore non appare dilatato.

Nessuna complicanza a carico degli organi respiratorî se si eccettui qualche rara emottisi.

L'urina contiene durante il periodo acuto della malattia una lieve quantità d'albumina e abbondanti pigmenti biliari; in un caso con esito letale fu rinvenuto anche acetone.

Debolezza e torpore, fino allo stupore grave, fino a raggiungere i caratteri dello stupore tifoso, con delirio e tremori muscolari, prurito cutaneo, sono i disturbi a carico del sistema nervoso. Il *sistema linfatico* mostra le glandule ascellari, toraciche, quelle del collo e dell'inguine tumefatte e dolenti.

La cute è gialla, d'un colorito che va dal limone all'arancio, diverso dall'ittero dovuto all'occlusione del coledoco. Compare l'ittero verso la quarta giornata e talora si associa a petecchie.

La prognosi è variabile a seconda della gravità dei sintomi: vi sono forme molto lievi della malattia ,che guariscono in pochi giorni completamente e forme gravissime letali.

Nelle inoculazioni tentate dagli AA. due volte si ebbe resultato positivo (malati in 6ª giornata). La spirocheta ritrovata somiglia alla *S. refringens* e ricorda per qualche carattere la *S. pallida*. Le volute sono piccole, sia nel riposo, che nel movimento; variabile ne è la lunghezza; accanto a forme lunghe si hanno forme molto corte. Per la struttura sembrano costituite da granuli rifrangenti e stipati. Negli animali infettati si trovano spirochete numerose ed in gruppi nel fegato; la ricerca riesce positiva anche nel sangue. Nell'uomo è raro trovarle nel sangue: la ricerca deve esser fatta nei primi giorni della malattia. Stokes e Ryle non sono riusciti a comunicare la malattia con le urine e l'esame di esse ha dato resultato negativo.

In Italia C. Moreschi e U. Carpi (*Policlinico*, Sez. prat., 22 ottobre 1916), riferiscono di avere studiato in un'epidemia tra i combattenti 56 casi di ittero, i quali avevano molti caratteri dell'ittero febbrile grave o morbo di Weil e di avere riprodotto, una volta su tre casi, la malattia nelle cavie, riuscendo poi a mettere in evidenza una spirocheta, che per i caratteri si avvicina più a quella dimostrata dagli studiosi giapponesi che a quella (nodosa), descritta da Hübener e Reiter.

L'infezione studiata dagli AA. italiani aveva per caratteri clinici: ittero con febbre, tumefazione glandulare, scarsi disturbi gastro-intestinali, feci colorate e talora ipocoliche, bradicardia, fegato grosso, lieve tumore di milza, segni di iperattività midollare nei casi gravi, rare epistassi e qualche volta espettorato striato di sangue.

D'ordinario benigna, la malattia ha presentato talora segni di gravità.

Accanto a tali resultati positivi, che confortano i resultati degli AA. giapponesi, si devono ricordare quelli di altri studiosi, i quali hanno messo l'ittero infettivo, studiato tra le truppe combattenti, in rapporto con agenti morbosi del tutto differenti: così in Italia Cannata e Frugorio (*Policlinico*, Sez. prat., 1916) e in Francia Sarrailhé e Clunet (*Bul. Soc. Med. des Hôp.*, gennaio 1916) mettono in rapporto la malattia con una infezione da paratifo; nè mancavano nella letteratura medica anteriore casi di ittero infettivo grave, nei quali l'agente morboso era stato identificato con il paratifo, specie col paratifo *B*.

A malgrado di tali ricerche e delle linee direttive segnate dagli ultimi studî, qualcuno non è riuscito ad isolare germi o a riprodurre la malattia.

È difficile, in base alle conoscenze attuali, avere il sicuro concetto che l'entità nosografica sulla quale si è studiato, sia stata costantemente la stessa; per lo meno essa presenta note differenziali cliniche d'una certa importanza nella gravità dei sintomi capitali, e nella presenza delle caratteristiche cliniche (sindrome renale, tumor di milza, sindrome emorragica). Anche però se tra i malati studiati non esiste una uniformità di descrizione, le ricerche di laboratorio e le esperienze in animali assicurano e tracciano una via di indagine, che non potrà essere in seguito trascurata nello studio e nella cura di simili malati; esiste una categoria di itteri infettivi determinati da infezione protozoaria, la quale è capace di riprodurre la malattia coi medesimi caratteri negli animali; tali itteri forse entreranno in un avvenire prossimo in quella categoria di infezioni spirochetiche sulle quali i nostri mezzi chimici (atoxil, arsenobenzolo) potrebbero rapidamente e completamente aver ragione dell'agente morboso.

L'attenzione degli studiosi va richiamata secondo tale direttiva, sia perchè, in base alla conoscenza dell'agente morboso, si possa indagare per distinguere clinicamente questo dagli altri itteri infettivi, sia perchè fin da ora se ne possano giovare i numerosi malati che hanno trovato nei disagi del campo e nell'ambiente delle trincee l'origine della loro infermità.

Dalla Zona di Guerra Macedone.

T. PONTANO, cap. medico.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Alcune osservazioni intorno all'ittero epidemico

per il dott. MARIO MERIGHI
Capitano medico al 210° Osp. da campo.

Dopo aver letto il lavoro di Moreschi e Carpi, il più persuasivo ed il più completo di quelli sinora pubblicati sull'argomento, ho voluto portare la mia attenzione sui casi di ittero che, per quanto in diminuzione in confronto dei mesi precedenti, pure si presentano tuttora in misura notevole. Ho però limitato il mio esame, per controllo e per statistica, ad alcuni dei sintomi rilevati dai predetti autori, come quelli che erano più a portata dei miei mezzi, e che mi potevano esser concessi di studiare dalle speciali necessità del servizio di Ospedale da campo nel quale, come è noto, sopratutto in certi periodi, il miglior compito è quello di ricevere i malati, farne l'esame, e rapidamente sgombrarli sulle retrovie. Ho creduto che, per quanto limitato il mio assunto, non fosse vano del tutto, tenuto presente che per individuare esattamente un'entità nosologica, che non si può dire di conoscere ancora come tale, anche il rilevarne sul maggior numero dei casi il quadro clinico, stabilendone i caratteri fissi e fondamentali, possa condurre meglio allo scopo.

Ventinove sono i casi da me seguìti: e se non sono un gran numero in confronto di tutti quelli che son passati per questo ospedale, e che meglio prevenuto, avrei potuto studiare, in compenso compendiano forme di tutte le varietà, dalle più leggere alle più gravi, mortali; da quelle colte all'inizio della malattia, come da altre in cui l'affezione datava già da parecchi giorni.

Ho esaminato sopratutto il cuore, l'apparato linfatico-glandulare e le urine.

Apparato linfatico. — Moreschi e Carpi richiamano l'attenzione sull'apparato linfatico, nel quale hanno riscontrato «tumufazione di modico grado, ma abbastanza frequente, delle ghiandole linfatiche dell'inguine, dell'ascella ed anche dell'epitroclea: le quali glandole, a superficie perfettamente liscia, ben individualizzate, vanno dal volume di un grano di miglio a quello di una nocciuola». Nei miei 29 casi ben 27 presentarono la micropoliadenia coi caratteri suddescritti, estendentesi però anche di frequente alle regioni latero-cervicali. Solo i casi 14° e 17° ne erano immuni. E su 27 positivi ben 21 la presentavano anche alle regioni epitrocleari: in regione cioè dove non facilmente, anche nei micropoliadenici per natura, si trova tale manifestazione di linfatismo. Volli a questo proposito non solo ben indagare nella storia di ogni singolo infermo se fosse preesistita infezione luetica (che fu regolarmente da ciascuno esclusa): ma altresì osservai se per caso anche negli altri infermi, contemporaneamente ricoverati nell'ospedale, si trovasse con certa frequenza tale risentimento glandolare. E ciò per escludere che in soggetti deperiti, esauriti dalla vita e dai disagi della trincea, la cosa fosse comune, o si potesse con certa frequenza riscontrare.

E la ricerca anche negli altri infermi fu costantemente negativa, se il risentimento glandolare non si accompagnava con altre note di linfatismo generale.

Cuore. — Diciannove dei miei itterici presentarono sdoppiamento o rinforzo del secondo tono polmonare. In nessuno però si ebbero manifesti sintomi obbiettivi di lesioni all'apparato respiratorio. In quello però venuto a morte all'autopsia si rinvennero infarti polmonari, e zone di intensa congestione, per quanto in vita, almeno sino al momento in cui fu possibile un esame attendibile, non si rilevasse il sintomo suddetto. Ora è da chiedersi se quanto fu osservato all'autopsia del mio 19° caso non possa stare a riscontro di quanto sperimentalmente produssero i professori Carpi e Moreschi nelle cavie inoculate col sangue degli itterici. Però dato che non vi è concordanza tra il sintoma cardiaco in parola ed obbiettivi rilievi all'esame fisico del polmone, vien fatto anche di chiedere se, come la causa del rinforzo del 2° tono polmonare sia senz'altro da ascriversi all'aumento di tensione del piccolo circolo, lo sdoppiamento invece non possa avere anche altre origini più varie e più complesse.

Urine. — Quanto alle urine non potei eseguirne l'esame che in 20 casi, non avendo nei primi nove pensato a portare su di esse la mia indagine. Non ha fatto indagini profonde, limitandomi a constatare la presenza o meno di albumina, e ad esaminare il sedimento al microscopio.

In questo non ho mai trovato nulla di anormale, meno qualche cilindro in un caso all'inizio e con notevole itterizia. E quanto all'albumina solo in tre casi ho potuto rilevarne lievissime tracce (casi 14°, 16° e 24°) ed in questi anche l'ittero non era neppure intenso come in tanti altri. Non vi sarebbe quindi corrispondenza tra albuminuria ed eliminazione di pigmenti biliari.

Ed ora due parole sulla *cura*. Lascio da parte la terapia medicamentosa, sulla quale, data anche la non sicura conoscenza eziologica,

ognuno può regolarsi a seconda delle proprie vedute, e a seconda della varietà dei soggetti. Mi soffermo invece sulla cura dietetica da porgere agli affetti da ittero epidemico.

* * *

Mentre stavo raccogliendo questi casi lessi anche la memoria del dott. Rosei (*Policlinico*, fasc. 46). Avevo io pure osservato come con una dieta rigorosa ben poco si influisse sullo stato generale degli infermi, sulle condizioni delle feci e delle urine, sullo stato della lingua, mentre la generalità dei malati chiedeva con insistenza da mangiare. Avevo ciò potuto constatare e sugli infermi curati da me sin dal principio (ed anche in molti altri precedenti a quelli di questa nota), e su quelli che mi provenivano da altri ospedaletti. Volli quindi in alcuni provare il consiglio del suddetto capitano Rosei, cioè di alimentarli quasi con vitto comune. Ciò eseguii sugli individui di cui ai numeri 26, 27, 28 e 29.

Lasciando da parte il 27° caso assai leggero, e che potrebbe quindi non esser considerato come sufficientemente dimostrativo, abbiamo gli altri tre in cui fu innegabile, non solo la non dannosa influenza di un vitto comune, quale può esser concesso nelle nostre unità da campo, ma al contrario fu manifesta l'utilità immediata che trassero gli infermi dalla detta alimentazione. Nel caso 26, malato da parecchi giorni, in condizioni quasi sempre invariate, il vitto comune fece diminuire l'ittero, e ricondusse la pigmentazione delle feci al normale. Si potrebbe obbiettare che l'infermità datava ormai da un certo periodo di tempo, per cui forse anche spontaneamente si sarebbe dovuto verificare il miglioramento. Ma eccoci che i due casi 28 e 29 tolgono valore a tale obbiezione. Il n. 28 proviene da altro ospedale dove è stato per 9 giorni curato con colagoghi (rabarbaro o podofillina) e dieta lattea. Nessun miglioramento, anzi persistenza di colorito intensamente itterico, e abbondante muco nelle feci. Ciò nonostante io dò vitto comune e verdura. Si ha un rapido miglioramento generale: diminuzione dell'ittero, scomparsa quasi immediata del catarro nelle feci, tanto che una settimana dopo era completamente guarito. Il n. 29 entrato direttamente dal corpo dopo soli 5 o 6 giorni di malessere, e due di ittero, in cui nessun sintoma mancava per poter stabilire la diagnosi di ittero epidemico, in sette giorni guariva completamente. E questi due ultimi casi, data la minor urgenza dei traslochi, volli seguirli sino all'ultimo. I casi 12°, 13°, 16° e 20° pure dimostrano la innocuità del cibo, quando le condizioni generali non avrebbero realmente concesso ancora di passare ad un'alimentazione comune. In tutti gli altri casi per contrario abbiamo una più lunga persistenza delle manifestazioni morbose, evidente sopratutto in quelli che provenivano da minori unità sanitarie, e tenuti a rigorosa dieta con somministrazione di medicine varie fra cui i colagoghi. Che cosa debbono poter questi di fronte ad una affezione in cui i casi gravi, mortali, dimostrano una sì profonda alterazione della cellula epatica?

L'illustre prof. Dionisi, cui per l'assoluta incontrovertibilità del reperto necroscopico mi rivolsi, che eseguì l'autopsia di persona, ed al quale, oltre il ringraziamento vivo debbo i sensi della mia ammirazione per l'opera sua indefessa e buona di scienziato e di cittadino soldato, mi diceva che parecchie autopsie eseguite sui decessi per ittero epidemico dimostravano l'atrofia giallo-acuta del fegato. Dovrebbe quindi, in questa zona almeno del basso Isonzo, essere nella grande maggioranza dei casi unica l'eziologia di questa forma morbosa. Quindi se da tale reperto necroscopico si deve arguire che vano sarebbe stato seguire il suddetto indirizzo terapeutico, non è neppur errato il credere che per lo meno sia superfluo nelle forme miti.

Con questo però non intendo di concludere che la cura dell'ittero epidemico sia compendiata nel dar da mangiare variatamente ed abbondantemente all'infermo. Non è sufficiente la dimostrazione di questi pochi casi, e per di più non tutti si poterono seguire sino all'ultimo. Nè tampoco mi sento di poter concludere col dott. Rosei già citato che la causa degli itteri al campo sia data da una carenza alimentare: per eccesso di nutrimento carneo e deficienza di idrati di carbonio, e di speciali ignote vitamine. Ho visto piccole epidemie di itteri in riparti giunti da poco dall'interno, collocati in località dove i soldati potevano procurarsi la varietà maggiore dei cibi; l'ho visto in militari addetti a comandi, in ufficiali, anche medici. Se nell'alimentazione del soldato vi è, e vi fu ancor di più, un abuso innegabile di carne, vi fu sempre una congrua parte, anche per le truppe di prima linea, data ai farinacei, allo zucchero, al formaggio, al caffè, tanto da non poter assolutamente ammettere una malattia da carenza.

Col rilevare come il vitto comune non danneggi, anzi possa giovare a molti infermi di ittero epidemico, io mi limito a dedurne che le condizioni del tubo digerente non siano gran che menomate dalla infezione in parola, cosa

che accadrebbe certamente se si trattasse di ittero catarrale, o di infezioni paratifiche; e che un'alimentazione completa possa agire beneficamente sia direttamente sulle ghiandole epatiche, sia indirettamente sul generale dell'organismo, rendendo questo più atto a combattere l'agente patogeno. Tanto più che gran parte degli ammalati reclamano ben presto cibo.

E che si tratti di un agente patogeno di natura infettiva credo non possa dubitarsi, anche indipendentemente dalle osservazioni batteriologiche e sperimentali ormai di parecchi autori, pur potendo l'agente essere non unico (paratifi, spirochete). L'andamento clinico in tanti casi, lo svilupparsi sotto forma epidemica, a volte con focolai o zone ben delimitate, son tutte prove per ammetterlo. Ma anche la stagione ed il clima debbono avere una influenza sullo sviluppo e sulla diffusione di tale infezione. Dai miei rilievi parrebbe che il periodo autunnale, e cioè a clima umido e temperatura moderata, fosse il più propizio. Nel mio ospedale, nel mese di agosto passarono 7 itterici; 2 in settembre, mentre 81 divennero in ottobre, per scendere a 56 in novembre (1). Ma ecco senz'altro gli estratti delle cartelle cliniche.

CASO I (letto 121). — S... F..., ... genio. Entrato 28-10-16, trasl. 30-10-16. Ittero di grado discreto. Micropoliadenia presente, alla cervice, alle epitroclee, agli inguini ed alle ascelle. 2° tono polmonare sdoppiato. Non tumore di milza e fegato. Sempre apirettico. Fu diarroico. Fu malarico. Malato da 4 o 5 giorni.

CASO II (letto 162). — Soldato E... M..., ... fant. Entrato il 28-10-16, trasl. 1-11-16. Ittero intenso. Micropoliadenia inguinale, ascellare sin., epitrocleare sin. e cervicale. Fegato palpabile. Nulla al cuore. Sempre apirettico. Fu diarroico. Malato da 4 o 5 giorni.

CASO III (letto 111). — Soldato N... G..., ... fant. Entrato 25-10-16, trasl. 30-10-16. Ittero di modico grado. Micropoliadenia cervicale, inguinale, epitrocleare sin. Non sdoppiamento del secondo tono polmonare. Fegato leggermente aumentato di volume. Fu diarroico. Malato da 4 o 5 giorni.

CASO IV (letto 181). — Soldato T... V..., ... fant. Entrato 22-10-16, trasl. 29-10-16. Proviene da altro ospedale (0105) con queste annotazioni: malato da oltre 10 giorni, incominciando con cefalea, dolori viscerali, anoressia, stanchezza generale. Colorito giallastro delle mucose e della pelle. Feci scolorate, urine scure. (Rabarbaro e podofillina).

23-10-16. Accusa senso di peso all'epigastrio; dice di andar di corpo liquido. Nulla alla milza ed al fegato.

24-10-16. Feci ben colorate, ben conformate. Urine tuttora pigmentate.

28-10-16. Fegato leggermente palpabile. Ventre alquanto tumido. Si apprezzano piccoli gangli linfatici inguinali e cervicali. La milza alla percussione è alquanto aumentata. 2° tono polmonare rinforzato, scoccante.

CASO V (letto 189). — Soldato S... E..., ... fant. Entrato 22-10-16, trasl. T. A. 29-10-16. Proviene dall'osp. 0105.

20-10-16. Apirettico. Ammalato da 3 giorni. Cominciò con cefalea, anoressia, stanchezza generale, diarrea e febbre. E. O. Colorito giallastro delle mucose visibili e della pelle. Feci scolorate. Urine scure. (Rabarbaro e podofillina).

23-10-16. Addome alquanto meteorico. Milza e fegato palpabili sotto gli atti respiratori. Lingua modicamente patinosa, sempre apirettico.

28-10-16. Micropoliadenia ing., epitrocleare, ascellare e cervicale. Ancora discreto colorito itterico della cute e delle sclere. Fegato e milza nei limiti normali. 2° tono polmonare nettamente sdoppiato.

CASO VI (letto 190). — Soldato F... S..., ... fant. Entrato 22-10-16, trasl. T. A. 29-10-16. Proviene dall'osp. 0105 ove ricoverò il 13-10-16.

13-10-16. Temp. 37,8. Da 4 o 5 giorni ha inappetenza, senso di pesantezza all'epigastrio: difficoltà nella digestione. Alvo irregolare. Addome un po' tumido: lingua impatinata. (Solf. di magnesia. Rabarbaro e podofillina). Temp. sub febbrile alla sera sino al giorno 18.

23-10-16. Polso assai lento. Toni del cuore un po' oscuri. La milza è notevolmente ingrandita: il fegato pure, specialmente nella sua ala sinistra: addome meteorico. Alvo regolare.

25-10-16. Feci pigmentate. Lingua migliorata. Fegato e milza diminuiti, sopratutto il fegato.

28-10-16. Sempre apirettico. Micropoliadenia ing. ed epitrocleare. 2° tono polmonare rinforzato. Fegato e milza tuttora palpabili.

CASO VII (letto 171). — Soldato G... R..., ... art. camp. Entrato 22-10-16, trasl. T. O. 27-10-16. Prov. dall'osp. 0105.

19-10-16. Temp. sub febbrile. Ammalato da 10 giorni con senso di stanchezza, qualche dolore addominale: talvolta febbre: da otto giorni è itterico. Addome sensibile alla palpazione: urina itterica. (Rabarbaro e podofillina).

23-10-16. Apirettico. Il fegato è lievemente debordante: lingua modicamente biancastra: intenso colorito della cute e delle sclere. Feci cretacee, solide: urine assai pigmentate.

27-10-16. Piccoli ganglietti, mobili, indolenti, multipli, si apprezzano alle regioni epitrocleari, inguinali, cervicale. Sdoppiamento del 2° tono polmonare.

CASO VIII (letto 162). — Cap. G... A..., ... gran. Entr. 24-10-16, trasl. 28-10-16. Prov. dall'osp. 27.

22-10-16. Apirettico. Ammalato 5 giorni prima con debolezza generale, inappetenza. Polso lento: muscoli flaccidi. Lingua leggermente patinata. Soffrì di malaria. Nulla al polmone ed al cuore: addome un po' meteorico: milza palpabile: fegato nei limiti normali. (Solf. di magnesia ripetut.).

24-10-16. Nulla da osservarsi.

27-10-16. Feci assolutamente normali. Fegato nei limiti normali. Micropoliadenia inguinale, epitrocleare destra e cervicale.

(1) Nel mese di dicembre poi furono 25.

CASO IX (letto 161). — Soldato P... D..., ... genio. Entrato 24-10-16, trasl. T. A. 28-10-16. Prov. dall'osp. 0126.

23-10-16. Da circa otto giorni malessere generale, debolezza ed ittero. E. O. Colorito itterico diffuso: dolente alla palpazione la regione epatica: fegato alquanto ingrandito. Dolente pure la regione splenica. Apirettico. (Olio di ricino).

24-10-16. Nulla da osservare.

28-10-16. Fegato sempre debordante: numerosi piccoli gangli linfatici agli inguini, alle epitroclee ed alla nuca. 2° tono polmonare sdoppiato.

CASO X (letto 29). — Soldato R... G..., ... fant. Entrato 28-10-16, trasl. T. A. 5-11-16. Prov. dall'osp. 0105.

25-10-16. Apirettico. Da otto o dieci giorni senso di stanchezza, inappetenza, senso di pesantezza allo stomaco. Da tre giorni itterizia. Individuo di costruzione e nutrizione normali. Tinta fortemente itterica della cute e delle mucose visibili. Urine itteriche. (Rabarbaro e podofillina. Dieta lattea).

30-10-16. Tinta intensamente itterica. Fegato palpabile, lievemente debordante. Polso lento (57). Si apprezza qualche piccolo ganglio nella regione epitrocleare destra e dell'ascella sinistra. Ottusità cardiaca a destra alquanto più all'esterno del margine sternale. Non risulta che abbia avuto febbre prima di entrare all'ospedale. Ha avuto invece nausee frequenti e qualche vomito.

31-10-16. Feci completamente normali (Pastina, uova, latte).

2-11-16. L'ittero va diminuendo. Stipsi. (Pastina, uova, latte).

2-11-16. Es. urine: color marsala. Reaz. acida. P. S. 1011. Albumina assente. Al microscopio nulla.

CASO XI (letto 3). — Soldato N... P..., ... fant. Entrato 29-10-16, trasl. T. A. 6-11-16. Prov. dall'osp. 0105.

25-10-16. Da otto o dieci giorni debolezza, inappetenza, senso di peso allo stomaco. Da tre giorni è giallastro. Individuo ben costruito e ben nutrito: tinta decisamente itterica della cute e delle mucose visibili: urina itterica e addome sensibile alla palpazione: gorgoglio ileo-cecale. (Rabarbaro e podofillina. Dieta lattea).

30-10-16. Itterizia di grado notevole. Si apprezza micropoliadenia inguinale, epitrocleare, ascellare e cervicale. Il 2° tono polmonare nettamente sdoppiato. Fegato ingrandito. Alvo un po' stittico.

31-10-16. Feci solide leggermente meno colorate del normale. (Pastina, uova, latte).

Es. urine: 1-11-16. Urine color marsala limpide. Reaz. acida. P. S. 1013. Albumina assente. Nel sedimento cristalli di ossalato di calcio.

CASO XII (letto 213). — Soldato B... A..., ... fant. Entrato 28-10-16, trasl. Tr. Ord. 6-11-16. Prov. dall'osp. 0105.

25-10-16. Apirettico. Da circa una settimana ha lievi dolori viscerali, lieve diarrea ed ha assunto colorazione giallastra. E. O. Tinta itterica della cute e delle mucose visibili: urina itterica, feci scolorate. (Rabarbaro e podofillina. Dieta liquida).

29-10-16. Afferma di non aver avuto mai febbre. Si apprezzano numerosi piccoli gangli linfatici agli inguini, alle epitroclee, alla cervice: non alle ascelle. 2° tono polmonare sdoppiato. Lingua patinosa. Dice di sentirsi bene e di avere appetito.

30-10-16. Feci pigmentate. Vitto ordinario.

Es. urine: 30-10-16. Color marsala, limpide. P. S. 1028. Reaz. acida. Albumina assente. Nulla nel sedimento.

CASO XIII (letto 58). — Soldato B... V..., ... fant. Entrato 28-10-16, trasl. T. O. 6-11-16. Prov. dall'osp. 0105.

25-10-16. Apirettico. Da cinque giorni ha qualche dolore viscerale, senso di debolezza, inappetenza ed itterizia. (Solf. di magnesia, rabarbaro e podofillina, dieta lattea).

30-10-16. Ittero di modico grado: adenopatia manifesta epitrocleare, ascellare, cervicale: in minor grado inguinale. La milza si palpa, così pure il fegato. 2° tono polmonare non sdoppiato.

2-11-16. Le urine sono quasi di colorito normale. Stipsi. (Vitto ordinario).

CASO XIV (letto 21). — Soldato S... A..., ... fant. Entrato 28-10-16, trasl. T. A. 9-11-16. Prov. dall'osp. 0105.

26-10-16. Apirettico. Da cinque giorni senso di debolezza e qualche dolore addominale. Da due giorni è giallastro (Rabarbaro e podofillina. Dieta lattea).

29-10-16. Prima di entrare all'ospedale ebbe un periodo di giorni di febbre. Ha avuto ripetutamente vomito e dolori epigastrici. Non si notano gangli linfatici nelle varie regioni del corpo: non sdoppiamento del 2° tono polmonare: fegato palpabile sotto gli atti respiratori. La milza non si palpa. Le feci sono alquanto scolorate. (Pastina, uova, latte).

3-11-16. Fegato tuttora palpabile, leggermente debordante. Ittero alquanto diminuito.

Es. urine: 30-10-16. Urine color marsala, alquanto torbide P. S. 1012. Reaz. alcalina. Albumina leggere tracce. Pigmenti biliari. Nel sedimento urati amorfi.

CASO XV (letto 2). — Soldato R... G..., ... fant. Entrato 28-10-16, trasl. T. A. 10-11-16. Proviene dall'osp. 0105.

25-10-16. Apirettico. Da circa quindici giorni ha senso di pesantezza allo stomaco ed è divenuto giallastro. E. O. Tinta itterica della cute e delle mucose visibili: urina itterica: feci scolorate. (Rabarbaro e podofillina. Dieta lattea).

30-10-16. Colorito discretamente itterico. Si apprezza qualche ganglio all'epitroclea ed alla regione ascellare sinistra e cervicale. Il 2° tono polmonare è sdoppiato. Il fegato è palpabile, non duro. Alvo stittico.

31-10-16. Le feci sono ben pigmentate. (Semolino, uova, latte).

1-11-16. Ittero aumentato. Urine assai scure. (Semolino, latte).

3-11-16. Feci cretacee.

Es. urine: 1-11-16. Urine color malaga, lievemente sedimentose. P. S. 1018. Reaz. acida. Albumina assente. Nulla nel sedimento di anormale: qualche urato amorfo, cristalli di acido urico.

CASO XVI (letto 27). — Soldato V... A..., ... fant. Entrato 30-10-16, trasl. T.A. 9-11-16.

31-10-16. Apirettico. Da 5 o 6 giorni inappetenza, spossatezza generale, nausea e senso di peso all'epigastrio. Sete intensa. Non pare che abbia avuto febbre. E. O. Presenta colorito itterico di modico grado: fegato e milza lievemente palpabili: nulla all'apparato linfatico glandolare. 2° tono polmonare nettamente sdoppiato. Alvo regolare. Ebbe un anno fa il tifo. (Semolino, uova, latte).

1-11-16. Alla regione cervicale si apprezzano numerosi gangli piccoli, mobili: così pure all'inguine destro.

3-11-16. Si palpano gangli ingrossati anche alle ascelle. È stittico.

9-11-16. Ittero diminuito: feci normali. Da 4 giorni ha vitto comune.

Es. urine: 2-11-16. Colorito bruno verdognolo. Reaz. acida. P. S. 1017. Lievissime tracce di albumina. Nulla all'esame microscopico.

CASO XVII (letto 74). — Cap. magg. P... A..., ... artigl. fort., ... batt. ass. Entrato 31-10-16, trasl. T. A. 9-11-16.

1-11-10. Apirettico sempre. Proviene da Devetaki. Ammalò 5 o 6 giorni fa con inappetenza, nausea, qualche volta vomito. Non pare che abbia avuto febbre, nè alterazione nella funzioni intestinali. Soffrì l'anno scorso di febbri malariche. E. O. Ittero di modica intensità. Nulla all'apparato linfatico glandolare. Non sdoppiamento del 2° tono polmonare. Alvo regolare. Fegato e milza nei limiti normali.

2-11-16. Feci cretacee. Urine assai pigmentate. Fegato debordante. (Pastina, uova, latte).

6-11-16. Urine sempre assai pigmentate.

7-11-16. Urine meno pigmentate. L'ittero pare tende a diminuire.

Es. urine: 2-11-16. Colorito brunastro. Reaz. acida. P. S. 1011. Albumina assente. Al microscopio qualche cilindro granuloso.

CASO XVIII (letto 38). — Soldato B... N.... ... artigl. fort. ... batt. Entrato 31-10-16, trasl. T. A. 6-11-16.

1-11-16. Apirettico. Proviene da Gradisca (addetto al comando). Ammalato da 7 od 8 giorni con inappetenza, nausea e qualche po' di vomito. Non pare che abbia avuto mai febbre. Dopo 2 o 3 giorni si accorse di divenire giallo. E. O. Discreto colorito itterico della cute e delle mucose visibili. Micropoliadenia ing., cervicale, epitrocleare. Lingua modicamente patinosa. Addome alquanto tumido. Non aumento della milza e del fegato. 2° tono polmonare sdoppiato. Da 4 o 5 giorni non va di corpo. (Magnesia, semolino, uova, latte).

2-11-16. Le feci sono leggermente meno pigmentate del normale.

4-11-16. Ittero diminuito. Urine più chiare. Appetito. (Vitto quasi normale).

Es. Urine: 2-11-16. Urine color marsala, limpide. Reaz. alcalina. P. S. 1014. Albumina assente. Al microscopio urati amorfi: cristallini di acido urico e di fosfato triplo ammonico magnesiaco.

CASO XIX. — Soldato B... G..., ... art. fort., sottoraggr grossi calibri Nord .... C. A. Entrato 31-10-16, morto 4-11-16.

1-11-16. Apirettico. Proviene da Gradisca. Ammalato 8 o 10 giorni fa con cefalea, inappetenza, nausea e vomito. Non ha mai avuto malattie degne di nota. E. O. Intenso colorito itterico. Lingua assai patinosa: milza e fegato palpabili: polso lento. Si apprezzano piccoli gangli linfatici agli inguini, epitroclee, cervicali. Il 2° tono polmonare non appare sdoppiato. (Ossido di Mg. Semolino, latte, uova).

2-11-16. (36°-35-5). Da ieri sera l'individuo giace abbandonato nel letto in preda ad una sonnolenza profonda. Il sensorio torpido, le pupille reagiscono bene alla luce. Non ci sono sintomi apprezzabili a carico del sistema nervoso. Non è andato di corpo ed in tutta la notte non ha urinato.

3-11-16 (36,6°-38°). Iersera ebbe un periodo di agitazione piuttosto intensa. Tentava scendere dal letto, ed inveiva contro gli infermieri tentando di percuoterli e di morderli. Aveva ancora pupille normali, e, per quanto assai torpido, chiamato rispondeva. La lingua era piuttosto arida: si notava qualche aritmia nel polso che era piuttosto lento (54) e così pure il respiro (12). Invitato a mostrare la lingua apriva la bocca, ma senza poterla sporgere. Si praticò cateterismo che diede esito a circa un litro di urina intensamente itterica. In precedenza, dato lo stato di collasso e di raffreddamento generale in cui si trovava, si praticarono ripetute iniezioni di caffeina e canfora, nonchè applicazioni calde al corpo e vescica di ghiaccio al capo. Stamane l'individuo è completamente incosciente: non risponde: ha forte trisma: i bulbi oculari ruotati in alto: le pupille midriatiche ma tuttora reagenti ed eguali. Riflessi addominali e cremasterici assenti, mentre patellari e plantari sono presenti e vivaci. L'area epatica appare più piccola del normale, e così pure la splenica. L'aia cardiaca è pressochè normale: sembra leggermente aumentato il cuore destro. È apprezzabile la paresi dell'intestino nonostante che vi sia forte meteorismo. Clisteri ripetuti non hanno dato esito.

4-11-16. Le condizioni di collasso andarono ieri gradatamente aumentando. Il respiro si fece stertoroso. Comparvero contratture cloniche generalizzate e atti di rigurgito stomacale, dapprima senza esito, poi con uscita di materiale bruno, indi addirittura nero. Sudore profuso, perdita di urine. Morte alle ore 3 antim.

Es. urine: 2-11-16. Color malaga, discretamente sedimentose. Reaz. alcalina. P. S. 1022. Albumina assente. Al microscopio nulla di apprezzabile.

AUTOPSIA. — *Esame esterno*: Ittero diffuso e intenso della pelle e delle mucose visibili. L'ittero è più accentuato nella superficie anteriore del torace fino alle arcati costali: nell'epigastrio l'ittero è meno notevole, e così negli arti inferiori e superiori, specialmente nelle estremità degli arti stessi. Alla palpazione non si rileva tumefazione delle glandole linfatiche inguinali e ascellari. Rigidità cadaverica mantenuta nella mascella e negli arti inferiori. Macchie verdi di putrefazione nelle regioni ileo-inguinali dei due lati. Da cicatrici che si trovano sulla pelle della parete anteriore del torace pare che l'individuo abbia avuto il vaiolo.

Cranio: Nella teca cranica si osserva un'accentuazione dei solchi per i vasi meningei e delle depressioni delle granulazioni del Pacchioni. La diploe è scarsa: il tavolato interno

è sottile. La dura madre è normalmente tesa; nel seno longitudinale superiore si rinviene sangue coagulato. Non si notano alterazioni sulla faccia esterna della dura madre; sulla faccia interna si rileva tinta itterica. Gli spazi aracnoidali della volta contengono poco liquido, trasparente; i fini vasi della pia madre sono, iniettati.

All'esame della corteccia non si notano alterazioni nelle circonvoluzioni tanto in superficie che in profondità. Nei tagli praticati attraverso il centro ovale si nota iperemia, ma non emorragie; al taglio di Flechsig modificato non si notano alterazioni nelle formazioni sia bianche che grigie del tronco cerebrale. Tela e plessi coroidei notevolmente iperemici. Nel bulbo non si notano alterazioni, così pure nel cervelletto. Non si notano alterazioni nei seni della dura madre della base.

All'apertura dell'addome si nota altezza del diaframma a destra, 4° spazio intercostale; a sinistra, 5° spazio, il tenue e il grosso intestino sono meteorici; il fegato non raggiunge l'arcata costale; la milza non la supera.

All'apertura del torace si notano itteriche le cartilagini costali. Nel rimuovere la parete toracica anteriore si nota aderenza del margine polmonare destro allo sterno ed enfisema considerevolissimo del mediastino anteriore. Il polmone di sinistra aderisce completamente al pericardio e presenta enfisema interstiziale diffuso lungo i septi del margine anteriore. È evidente che le aderenze hanno favorito la formazione dell'enfisema. Nei due cavi pleurici non si trova liquido, però all'apertura del torace si è notata la presenza di gas libero nel cavo toracico.

La punta del cuore sul 4° spazio intercostale alla linea mammillare: il ventricolo destro ripieno di sangue in parte liquido e in parte coagulato. Nella tricuspide vanno comodamente tre dita. Non si notano alterazioni lungo la circonferenza della tricuspide, nè nelle semilunari della polmonare; fossa ovale chiusa. Vena coronaria ripiena di sangue. Endocardio del ventricolo destro intensamente itterico. Parecchie emorragie di varia grandezza sull'epicardio tanto del ventricolo destro che del sinistro. Nella mitrale vanno due dita. Si notano emorragie anche nell'endocardio, della valvola mitrale in corrispondenza dell'impianto delle corde tendinee, del muscolo papillare posteriore. Emorragie sotto-endocardiche si mostrano anche nello stesso muscolo. Intima dell'aorta itterica. Lo spessore del ventricolo destro e sinistro corrisponde al normale.

Miocardio poco sodo. All'esame del polmone di sinistra si notano numerose emorragie sottopleuriche e infarti emorragici multipli, uno dei quali, appartenente al lobo superiore, della grandezza di un uovo circa, di forma triangolare.

L'aspetto del polmone alla superficie di sezione è variegato inquantochè si alternano delle striscie rosso-scure a delle striscie rosso-chiare. Da queste fuoriesce liquido aereato; e dalle rosso-scure sangue misto a scarsissime bollicine di gas. Si nota inoltre enfisema interstiziale. Non si notano alterazioni nelle ghiandole linfatiche peribronchiali. La mucosa bronchiale è tumefatta. Il polmone di destra aderisce alla parete toracica. Dal bronco fuoriesce catarro muco-purulento. Oltre l'enfisema interstiziale si notano numerosi infarti come all'altro polmone. La mucosa dei bronchi è itterica; e itterico è pure il catarro che ne fuoriesce, quando non è commisto a sangue.

Glandole linfatiche periportali piuttosto grosse; il dotto coledoco è ridotto a metà del suo volume; peso gr. 945; la capsula non presenta alterazione. Il lobo sinistro è flaccido; alla sezione si nota il lobo sinistro di colorito intensamente rabarbaro; i lobuli sono poco manifesti; anche nel lobo destro ogni tanto si notano dei tratti dello stesso aspetto; solamente nella porzione superiore del lobo destro si nota iperemia e in alcuni tratti atrofia rossa che si alterna con chiazze di atrofia gialla.

Nella cistifellea si contiene poca bile. Tanto il dotto epatico che il dotto cistico hanno le pareti leggermente colorate dalla bile; il dotto coledoco, invece, non le ha. La bile della cistifellea è densa.

Lo stomaco non presenta alterazioni, così pure il duodeno.

Nello stomaco si trova un liquido bilioso. I reni non presentano alterazioni macroscopiche, hanno lieve iperemia. La milza ha la capsula in parte grinzosa e in parte con ispessimento cicatriziale verso il polo inferiore. Nel grosso intestino son contenute feci cretacee. Il pancreas è piuttosto molle, edematoso, ma senza speciali alterazioni.

Diagnosi anatomica: Atrofia acuta del fegato.

CASO XX (letto 60). — Soldato P... A..., ... fanteria. Entrato 24-10-16, trasl. T. O. 10-11-16. Proviene dall'Ospedale 0105.

25-10.16. Temp. 38° alla sera, poi sempre apiretico. Da circa otto giorni cefalea, inappetenza, senso di debolezza e di pesantezza allo stomaco, e un po' di diarrea. Costituzione scheletrica regolare: buono stato di nutrizione; tinta itterica della cute, delle mucose visibili, dell'urina. (Rabarbaro e podofillina).

26-10-16. Alvo chiuso da due giorni. (Solfato di magnesia).

30-10-16. Ittero di grado discreto. Non apprezzabile l'adenopatia: nulla al cuore. La milza è notevolmente ingrandita e dura: fegato palpabile. Alvo regolare.

31-10-16. Un nuovo esame fa rilevare ingorgo linfatico nell'epitroclea destra, nonchè numerosi piccoli gangli alla regione cervicale. (Pastina, uova, latte).

3-11-16. Feci ben pigmentate.

4-11-16. L'ittero va diminuendo. (Si inizia somministrazione di chinina per la profilassi malarica e si dànno cibi normali). Es. Urine 2-11-16. Color marsala. Reaz. acida. P. S. 1015. Albumina assente. Nulla di apprezzabile all'esame microscopico.

CASO XXI (letto 1). — Soldato R... F..., 210° Osp. da campo. Entrato 29-10-16, uscito 20-11-16.

30-10-16. Apiretico. Da circa un paio di settimane si sente prostrazione, inappetenza, senso di pesantezza allo stomaco. Si apprezza discreta adenopatia inguinale, ascellare, cervicale ed epitrocleare sinistra. Fegato palpabile, debordante, non molto duro. 2° tono polmonare sdoppiato. Notevolmente deperito. Ittero di grado discreto. Ha sofferto altre volte di malaria e di disturbi viscerali. In questi tempi subì vaccinazioni anticoleriche seguite da febbri durate

un paio di giorni ogni volta. Lingua modicamente patinosa. Feci poltacee piuttosto chiare. (Semolino, latte, uova).

4-11-16. Dice di sentirsi meglio. L'ittero è alquanto diminuito. (Pastine, uova, burro, pane).

9-11-16. Persiste micropoliadenia.

13-11-16. Fegato tuttora lievemente debordante. (Polpette, pastine).

16-11-16. Micropoliadenia diminuita. (Patate arrosto, polpette).

19-11-16. Le urine sono perfettamente limpide, citrine, feci completamente normali.

Es. urina: 1-11-16. Limpide, color marsala carico. P. S. 1008. Albumina assente. Reaz. acida. Nulla nel sedimento.

CASO XXII (letto 5). — Caporale S... S..., ... genio. Entrato 10-11-16, trasl. T. O. 15-11-16.

11-11-16. Proviene da Boschini. Apiretico. Ammalò 4 o 5 giorni fa con piccola febbre, cefalea e specialmente dolori addominali. Da ieri si è accorto di essere giallastro. Soffrì nel decorso anno di febbri malariche e ripetutamente di dolori artritici. E. O. Rilevante colorito itterico delle sclere: meno accentuato nella cute. Ottima costituzione fisica. Lingua pulita. Lieve reazione glandolare agli inguini ed all'ascella sinistra. 2° tono polmonare sdoppiate. 1° tono sul focolaio della tricuspide prolungato. Addome alquanto tumido: milza palpabile e così pure il fegato. Alvo un po' stitico. (Ossido di Mg. Semolino, uova). Feci poltacee giallo-scure. Urine itteriche.

15-11-16. Persiste qualche scarica un po' liquida. Condizioni generali invariate.

Es. urine: 12-11-16. Color marsala carico, lievemente sedimentose. Reazione acida. P. S. 1015. Pigmenti biliari. Nulla all'esame microscopico.

CASO XXIII (letto 9). — Soldato bomb. D... D... S..., ... batt., ... regg., ... gruppo. Entrato 10-11-10, uscito T. O. 15-11-10.

11-11-16. Apiretico. Proviene dai pressi di Gradisca. Ammalò sette o otto giorni fa con inappetenza, nausea, qualche piccola febbre. Da 5 o 6 giorni è giallastro. Due anni fa dice di aver sofferto al suo paese di tifo, bronchite, polmonite e malaria. È molto stitico. E. O. Discreto colorito itterico delle sclere e della cute. La lingua è patinosa biancastra. Individuo di robusta costituzione fisica. Al cuore non si apprezza altro che leggero rinforzo del 2° tono polmonare; non sdoppiamento. La milza è debordante e dura, non dolente. Il fegato pure si palpa sotto gli atti respiratori. L'alvo è chiuso. Lieve risentimento glandolare agli inguini ed al collo. Polso normale. Feci normalmente pigmentate. Le urine sono rosse ma non hanno colorito itterico. (Pastina, latte, uova. Ossido di Mg.).

13-11-16. L'ittero è alquanto diminuito.

Es. delle urine: 12-11-10. Colore citrico carico, un po' torbide, Reaz. alcalina. P.S: 1011. Albumina assente. Pigmenti biliari assenti. Esame microscopico negativo.

CASO XXIV (letto 11). — Soldato S... E..., ... art. mont., ... B. S. Entrato 10-11-16, Trasl. T. O. 15-11-16.

11-11-16. Apiretico. Proviene dai pressi di Gradisca. Ammalato da 2 o 3 giorni con dolori al basso ventre, specialmente nell'atto della minzione. Ha sofferto di bronchite. E. O. Modico colorito itterico delle sclerotiche e della cute. Individuo piuttosto deperito. Modica reazione ganglionare alla cervice, all'epitroclea sinistra ed agli inguini. La milza si palpa sotto gli atti respiratori, non dura; il fegato è nei limiti normali. Nulla al torace, nulla al cuore. Lingua alquanto patinosa. Alvo regolare. (Pastine, latte, uova).

12-11-16. Urine intensamente itteriche. 2° tono polmonare sdoppiato.

Es. urine: 12-11-16. Color malaga, limpide, leggermente sedimentose. Pigmenti biliari presenti. Reazione debolmente alcalina. P. S. 1019. Albumina tracce. Nulla all'esame microscopico.

CASO XXV (letto 13). — Soldato P... G..., ... batt. bombard. Entrato 10-11-16, trasl. T. O. 15-11-16.

11-11-16. Temper. sub-febbrile il primo giorno (37°). Proviene da Gradisca. Ammalò 8 giorni fa con febbre remittente, dolori addominali, inappetenza e nausea. Da 2 o 3 itterico. Ha sofferto di malaria e di tifo. E. O. Intenso colorito itterico della pelle e delle mucose visibili. Individuo assai robusto, ma lievemente deperito. Lingua patinosa biancastra. Ponfi di urticaria. Addome alquanto tumido e meteorico. Manifesta reazione ganglionare al collo, agli inguini e all'epitroclea sinistra. La milza non è ingrandita. Il fegato alquanto debordante, molliccio. 1° tono della tricuspide prolungato: sul focolaio della polmonare i toni sono piuttosto ottusi, non si apprezza sdoppiamento del 2°. (Semolino, latte, uova).

12-11-16. Urine intensamente itteriche. Ancora ponfi di urticaria. Stipsi ostinata. (Calomelano).

14-11-16. Feci completamente cretacee, dure. Così continua anche il giorno 15.

Es. Urine: 12-11-16. Color marsala scuro, discretamente sedimentose. Reazione debolmente alcalina. P. S. 1016. Albumina assente. Pigmenti biliari tracce. Nel sedimento nulla di anormale.

CASO XXVI (letto 10). — Soldato F... T..., ... centuria. Entrato 10-11-16, trasl. T. A. 19-11-16

11-11-16. Proviene da Mariano. Apiretico. Ammalò otto giorni fa con inappetenza, dolori addominali e qualche febbre specie alla sera. Da sei giorni si è accorto di divenire giallastro. Non ha mai acuto malattie importanti. E. O. Notevole colorito itterico della cute e mucose visibili. Robusta costituzione fisica, ottimamente nutrito. Presenta numerosi piccoli gangli alla cervice. La lingua è patinosa biancastra. Al cuore sdoppiamento del 2° tono tanto sul focolaio della tricuspide che su quello polmonare. Il polso è alquanto lento: milza non ingrandita: fegato palpabile sotto gli atti respiratori: non dolente. Alvo chiuso. (Ossido di Mg. Semolino, latte, uova).

12-11-16. Feci piuttosto chiare.

15-11-16. Ittero diminuito. Le feci persistono meno pigmentate del normale. (Vitto ordinario).

19-11-16. Feci ben pigmentate. Non si apprezzano gangli. Persiste lieve sdoppiamento del 2° tono polmonare.

Es. urine: 12-11-10. Color citrino, limpide. P. S. 1003. Reaz. debolmente acida. Lievi tracce di pigmenti biliari. Albumina assente. Nulla al microscopio.

CASO XXVII (letto 58). — Soldato P... P..., ... genio, ... compagnia. Entrato 15-11-16, trasl. C. 21-11-16.

15-11-16. Apiretico. Proviene da Vizintini. Riferisce di essere ammalato da 4 o 5 giorni con dolori di ventre, e dice di essersi subito accorto di divenire itterico. Alvo regolare. Mai malattie degne di nota. E. O. Leggero colorito itterico delle sclere e della pelle del torace. Milza e fegato lievemente aumentati di volume. Condizioni generali ottime. Nulla al cuore. Qualche ganglio ingrossato all'ascella destra e alla nuca. Lingua modicamente patinosa, biancastra.

16-11-16. Feci normali. Urine alquante rosse. (Vitto normale).

18-11-16. Scomparso completamente il lieve colorito itterico. Lieve stipsi.

Es. urine: 16-11-16. Urine color marsala, limpide. Reaz. acida. P. S. 1020. Pigmenti biliari tracce. Albumina assente. All'esame microscopico qualche urato amorfo, qualche leucocita.

CASO XXVIII (letto 35). — Soldato P... G..., ... genio. Entr. 14-11-16, uscito guarito 25-11-16. Proviene dall'osp. 0105.

5-11-16. Temp. 37°.1. A sera, poi, sempre apiretico.

Da circa quindici giorni dolore allo stomaco; una volta febbre e da tre o quattro giorni è divenuto giallastro. E. O. Costituzione e nutrizione normali: addome un po' sensibile alla palpazione, lingua patinata: tinta decisamente itterica dela pelle e delle urine. (Rabarbaro e podofillina. Dieta lattea).

15-11-16. Intenso colorito itterico della cute e delle mucose visibili. Si apprezza micropoliadenia all'epitroclea destra, all'ascella sinistra, agli inguini, alla nuca. 2° tono polmonare nettamente sdoppiato. L'alvo è regolare. Nulla alla milza. Il fegato è leggermente debordante. Accusa qualche doloretto di stomaco. La lingua è patinosa. Feci bene pigmentate, poltacee, con molto muco. (Pastina, patate arrosto, ecc.).

16-11-16. Feci più abbondanti, più sode, ben pigmentate, con meno catarro. (Riso al burro, polpette).

20-11-16. Ancora tracce di muco nelle feci. Lingua pulita. (Vitto normale).

21-11-16. Ittero notevolmente diminuito. Urine più chiare assai.

22-11-16. Non si apprezza più sdoppiamento del 2° tono polmonare. Milza nei limiti normali. Non più micropoliadenia. Scompare l'ittero.

Es. urine: 16-11-16. Color rosso, limpide. Reazione acida. P. S. 1014. Pigmenti biliari in tracce. Albumina assente. Nulla al microscopio.

CASO XXIX (letto 54). — Soldato C... L..., ... fant., sezione lanciatorpedini. Entrato 14-11-16, uscito 25-11-16.

15-11-16. Apiretico. Da 5 o 6 giorni ha diarrea, inappetenza, dolori diffusi, specialmente allo stomaco. Da ieri si è accorto di esser divenuto itterico. Non ha mai sofferto di malattie degne di nota. Individuo robusto e ben nutrito. Modico colorito itterico delle sclerotiche e della cute. Qualche piccolo ganglio agli inguini ed alla nuca. L'addome è tumido e meteorico. Fegato e milza leggermente debordante. 2° tono polmonare sdoppiato. Nulla agli altri focolai. Lingua leggermente patinosa. (Riso, burro, 1/2 patate arrosto).

16-11-16. Feci un po' meno pigmentate del normale. Le urine sono intensamente itteriche. Micropoliadenia un po' più appariscente, e si apprezza anche alle epitroclee ed alle ascelle. (Vitto normale).

18-11-16. Feci normali per consistenza e colore. Urine meno scure. Milza ancora palpabile. Ittero diminuito. Micropoliadenia si apprezza ancora un po' accentuata.

20-11-16. L'ittero comincia a diminuire manifestamente.

22-11-16. Milza tuttora palpabile sotto gli atti respiratori. Micropoliadenia assai meno accentuata. 2° tono polmonare ancora sdoppiato. Ittero completamente scomparso. (Vitto comune).

Es. urine: 16-11-16. Color marsala, limpide. Reaz. acida. P. S. 1015. Pigmenti biliari lievissime tracce. Albumina assente. Microscopio nulla.

Novembre 1916.

NOTE E CONTRIBUTI.

Un'epidemia d'ittero

per il dott. PIGNATARO LUIGI.

Mi accingo a riferire con esattezza alcuni dati sull'epidemia d'ittero da me recentemente osservata.

L'epidemia si è andata estendendo da pochi focolai, o casi, sino ad avere un 150 casi e forse più nel mese in corso. G. è un paesetto situato nell'Appennino detto tosco-romagnolo, in una posizione piuttosto ridente, a pochi metri dal fiume Bidente. Le sue condizioni igieniche sono press'a poco come quelle di tutti i paesi piccoli, e distanti un po' dai centri (dista 40 chilometri da Forlì). Conta 1000 abitanti riuniti e 4000 sparsi nella campagna (tutto il Comune ha una superficie di 75 chilometri quadrati). Certo fare il medico in un Comune così esteso non è la più bella cosa, ma non sono tempi questi di lamentele, ognuno bisogna che faccia il proprio dovere.

L'epidemia d'ittero incominciò nel mese di agosto di quest'anno, e fu probabilmente importata, anzi in modo certo. Nel suddetto mese osservai soltanto 5 casi di itterizia, sparsi nel paese. I sintomi erano quelli dell'ittero catarrale, cioè come sintomi premonitori per diversi giorni, 8 o 10 e alle volte più, gli ammalati accusavano nausee, anoressia, dolori vaghi e senso di peso alla regione epatica e all'epigastrio, e mancanza assoluta di forza, alcuni, ad onta che non avessero alcun rialzo termico, erano obbligati a stare a letto per l'astenia completa. In seguito compariva la tinta itterica alla sclere e alla pelle: nessun rialzo termico; urine con pigmenti biliari, feci scolorate, alle volte tachicardia. In agosto, data la stagione calda, pensai senz'altro che ciò fosse dovuto a catarro gastrico, che in seguito propagandosi al duodeno si avesse l'ittero, sebbene tutti gli am-

malati non avessero avuto disturbi gastro-intestinali.

Nel mese di settembre i casi di ittero aumentarono, quasi 45 di quelli da me osservati, e allora fu il caso di pensare non più a un'itterizia catarrale, ma a un ittero infettivo, cioè che il germe che la determinava, certamente sceglieva come sede prediletta le vie biliari e perciò l'ittero. I 45 casi si verificarono tutti nel paese, nessun caso in campagna, si poteva dire che fosse abitato da persone di razza gialla, e mi veniva in mente il pericolo giallo di Guglielmone. Alcuni ebbero lievi rialzi termici alla sera con brivido iniziale, in molti vomito persistente e cefalea; urine con pigmenti biliari, non tumore di milza palpabile, non albuminuria. La guarigione in molti avvenne in 15 giorni circa, in molti in un mese; un solo decesso in donna gravida.

Dirò anche che in questo mese ebbi ad osservare l'ittero in 4 donne gravide: la prima abortì al 2° mese di gravidanza, sebbene fosse stata giovane, e non avesse mai avuti aborti; la seconda ebbe un parto prematuro all'8° mese, subito dopo coma, e morte dopo 12 ore dal parto. Il bambino nacque itterico, pesava tre chili e mezzo; visse 4 giorni. La terza ebbe un parto prematuro al 7° mese, grave emorragia dopo 4 giorni dal parto, stato sub-comatoso: dopo aver praticato iniezioni di siero di cavallo, ergotina, ipodermoclisi, la donna rinacque, e si ebbe la completa guarigione in 20 giorni. Il feto era pure itterico, visse quasi una settimana. La quarta donna ebbe pure parto prematuro all'8° mese di gravidanza, anch'essa ebbe una bambina itterica, che vive tuttora guarita del tutto.

Nel mese di ottobre i casi di itterizia aumentarono ancora, quasi 100 in tutto, colla differenza che mentre prima tutti i casi si verificarono nel paese, in ottobre ebbi degli ammalati d'ittero nelle case di campagna distanti dal paese un chilometro o poco più: nel resto delle case coloniche nessun caso d'ittero. In un podere detto Sasso, prima ad avere l'ittero fu una donna di 60 anni, che tutte le mattine portava il latte in paese: cinque giorni dopo cadevano ammalati due bambini, dopo le loro madri e il nonno, in ultimo anche i padri dei bambini si contagiavano. Riporto questo solo caso di contagiosità della malattia fra i molti che mi è capitato di notare per non essere lungo nella mia esposizione. I suddetti bambini hanno rispettivamente l'età di 4 e 5 anni e non vengono mai in paese.

In novembre i casi d'ittero aumentarono, finora se ne ebbero pochi in paese, ma in maggior numero in campagna, in una stessa famiglia si hanno 3-4 casi e più. Finora ebbi a notare quasi un 120 casi di ittero, sebbene tutti fossero ammalati leggieri: alcuni con lieve rialzo termico alla sera con brivido iniziale; l'epidemia adesso ha preso delle persone che distano dal paese 8 e più chilometri. Una donna ebbe un parto prematuro al 7° mese, anch'esso era itterico come la madre. Noto che in tutto finora ho avuto 6 donne gravide con ittero, e che tutte non portarono la gravidanza a compimento.

In questa mia breve esposizione epidemiologica dell'ittero mi sembra di aver fatto rilevare che la malattia si è propagata dal centro (paese, ove in agosto e settembre si ebbero i primi casi) e che poi per contiguità, via via si è estesa alle case rurali, alle case coloniche che erano situate più vicine, e in seguito alle altre situate più lontane, tante da invadere adesso un territorio per lo meno di 45 chilometri quadrati, e nessuna disinfezione, nessuna precauzione (disinfezione delle feci e delle urine con latte di calce) hanno arrestato il suo cammino. Adesso, come dicevo, vi sono dei casi d'ittero lontani dal paese un 8 chilometri.

Dirò in ultimo che ho fatto l'emocoltura su diversi terreni, ma con esito negativo: i vetrini colorati, quasi più di 100, non mi permisero di trovare alcun germe: la colorazione fu fatta anche col Giemsa allungato. Non ho fatto alcuna cultura dalle feci e dalle urine, perchè mi mancano i mezzi e il tempo.

Però in due ammalati sono riuscito a cavar loro 4 cc. di sangue: l'ho iniettato nella cavità peritoneale di due conigli. Dopo circa 5 giorni ho notato in loro malumore, rifiuto del cibo e colorazione sub-itterica della sclera: però tale esperimento non potei seguitarlo perchè gli ammalati in genere, che non si trovino in ospedale, si prestano male a farsi cavare anche una goccia di sangue. Cercherò di seguitarle in tale via sperimentale.

Galeata, lì 23 novembre 1916.

Ospedale Militare di Riserva in San Donà di Piave.

Breve riflessione clinica sull' "ittero infettivo endemo-epidemico" comparso tra le nostre truppe combattenti

per il Dott. FRANCESCO LEPORINI
Tenente Medico capo reparto.

Sin dai primi mesi della nostra guerra apparve, tra le truppe dell'Isonzo e del Carso, dapprima rara poi più frequente, una special forma d'ittero, sicuramente infettivo, a carratte-

re endemo-epidemico; che chi, come me, aveva pratica di medicina tropicale, riconobbe subito per una malattia già nota in patologia e ben conosciuta dai pratici dei climi tropicali e paratropicali: la forma benigna dell'*ittero endemo-epidemico a ricadute febbrili*, detto altrimenti MORBO DI WEILL, nella forma grave o sporadica o circoscritta; e febbre BILIOSA REMITTENTE nell'endemo-epidemie della *febbre ricorrente spirochetosica* in tutte e tre le sue varietà principali: asiatico-europea, africana ed americana.

Or'è bene, perchè non paia, forse a chi è troppo ligio alla dottrina, confusionario od ardito tal modo di considerare il *morbo di Weill Lanceraux-Mathien* ed il *tifo ricorrente* o *tick fiver* nella sua varietà clinica CONGESTIZIA (*biliosa* o *biliosa-polmonare*) com'unica entità morbosa, avvertire che dal lato clinico qualsiasi differenzazione riesce recisamente ed assolutamente impossibile, nelle forme lievi o benigne; possibile appena apparentemente e capziosamente, nelle forme gravi.

Quest'osservazione, che appare indubbiamente vera al raziocinio ed all'intuito clinico, comincia già a trovar conferma nell'indagine sperimentale e microbiologica: non è guari Inada, Ido, Kaneko ed altri al Giappone scoprivano forme spirochetiche in casi chiari di morbo di Weill; e se queste prime ricerche verran stabilmente confermate, ai patologi non resta che riconoscere l'*unicità* dei due tipi, già sancita dalla clinica e dall'empirismo.

Sbarazzato così il terreno da inciampi e preconcetti dottrinari, ci sarà più facile provarci ad intendere ed identificare clinicamente questa special forma d'ittero epidemico infettivo delle truppe; che non è novissimo morbo prodotto dalla guerra, ma soltanto dalla guerra provocato o favorito: come la così detta *febbre da trincea*, per niun verso dissimile dalle febbri dei tre, sei e sette giorni, anch'esse, per conto mio, clinicamente protozoariosi spirillari o spirochetosi.

Qual'è, quindi, o più esattamente quale clinicamente appare la natura di quest'*ittero della trincea?* Un morbo batterico o protozoarico?

Felicemente, le fortunate scoperte di spirocheti fatte da Hübener e Reiter e recentissimamente, tra noi, da Moreschi e Carpi, sembrano pienamente d'accordo con i risultati dell'esperienza e dell'intuito clinico; giacchè l'esperienza od empirismo (ch'è indubbiamente uno dei fulcri basali d'ogni sapere medico-chirurgico) c'indica ed insegna un carattere differenziale importantissimo — di valore certamente superiore a tutti quelli che il laboratorio possa offrire nelle dubbie o poco note infezioni — per diagnosticare e differenziare genericamente una infezione da protozoi da un'infezione batterica; e questo carattere o nota clinica è la *ricaduta a tipo periodico* o RICORRENZA. La qual *ricorrenza* o ricaduta periodica, chiarissima nella malaria e nel tifo ricorrente, è pur sempre facilmente rintracciabile anche nella sifilide, nella framboesia o pian, nelle leishmaniosi (Kala azar), nelle dissenteriti amebiche, ecc. Nè questo dato clinico, cui starei per dare valore di legge, può venire infirmato dal fatto che vi sono malattie batteriche, come l'eresipela, a *ripetizione;* poichè in esse, evidentemente manca la priodicità anche larvata e, quindi, la vera ricorrenza.

Un altro carattere di secondaria importanza rispetto a quello or ora enunciato, ma sempre di grande valore diagnostico, è l'interessamento, quasi costante, del sistema linfatico; come pure, segno differenziale non trascurabile è la più o meno intensa (talora lievissima) *disemia emolitica* che precede od accompagna indistintamente tutte le infezioni protozoariche.

Pertanto, presenta questi caratteri clinici generici l'ittero osservato nei soldati?

Senza titubanze, chiunque abbia occasione d'esaminarne un certo numero di casi può rispondere di sì; giacchè la gran maggioranza dei soldati colpiti d'itterizia ha presentato questa forma d'ittero, in discorso, infettivo epidemico. pochissimi *il catarrale* o *l'infettivo angiocolitico* da coli o paratifi.

Da parte mia, dunque, non esito, concludendo, a ritenere l'*ittero da trincea* una infezione protozoarica, e più esattamente una spirochetosi; la quale sia poi vera e propria varietà della febbre ricorrente nota (*spirochetosi d'Obermeyer*, di *Dutton-Todd*, di *Novy*) o di quella ancor sconosciuta o poco nota (*morbodi Weill; impieng coreano, ecc.*) spetta al microbiologo ed al patologo generale decidere, se possono; al pratico credo già tracciata la via della diagnosi e della cura.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medico-chirurgica

Organo scientifico della Facoltà Medica di Pavia.

Verbale dell'Adunanza del 27 dicembre 1916.

GLI ITTERI INFETTIVI.

Il presidente, prof. ACHILLE MONTI, per mettere in miglior luce le comunicazioni sull'ittero infettivo annunciate all'ordine del giorno, rileva l'importanza del problema dell'ittero infettivo per l'esercito combattente. Riafferma che la Scuola Medica di Pavia porta, ancora una volta, con questi studi un contributo reale alla difesa sanitaria dell'esercito e dell'intera nazione; continua così la gloriosa tradizione dell'università lombarda nei primi periodi del patrio risorgimento.

L'Intendenza generale dell'esercito, che ha saputo apprestare le più valide difese contro le malattie infettive (compagne inevitabili di ogni guerra) così da assicurare non solo la maggiore efficenza dell'esercito combattente, ma anche la protezione sanitaria del paese, come ha saputo coordinare l'azione sua con quella del Ministero dell'interno, così non è sorda alle voci degli studiosi, ma anzi, con grande elasticità, attrae ed assimila tutte le forze operanti nell'intento supremo.

Grazie a questa energia organizzatrice abbiamo veduto sparire il colera, e ridursi al minimo possibile la febbre tifoide.

I risultati, cui la Scuola di Pavia è giunta per la prima in Italia, portano elementi essenziali per risolvere con egual fortuna il problema dell'ittero infettivo, e l'Intendenza generale saprà certamente fare propri questi risultati per derivarne norme pratiche di cura individuale dei soldati, di provvidenze medico legali, di migliore organizzazione profilattica.

Sull'epidemiologia e l'anatomia patologica dell'ittero da spirochete.

A. MONTI, richiamate le notizie già comunicate in altra adunanza, conferma, in base a nuove osservazioni, il *decorso tipico* della malattia.

Il *periodo di incubazione* può andare da 7 a 15 giorni; tale limite si potè accertare per l'osservazione di diversi casi (feriti, soldati in licenza) che presentarono i primi sintomi 7-15 giorni dopo che erano stati allontanati dai luoghi dove dominava l'infezione.

Il *periodo di invasione* è caratterizzato da dolori reumatoidi e da *febbre modica*, che può anche sfuggire all'individuo, raramente manca del tutto, può durare da 3 a 7 giorni. Manca l'itterizia, mancano spesso i sintomi catarrali.

Il *periodo colemico* comincia colla defervescenza ed è quasi sempre accompagnato da bradicardia, da albuminuria, con cilindri jalini e granulosi, oltre ad abbondanti urati, pigmenti biliari, ombre di globuli rossi, talvolta tracce di muco e cilindroidi.

Spesso dopo 4-6 giorni da che l'ittero è incominciato si ha un *ricorso febbrile* con temperatura intorno ai 38 e con aumento dell'itterizia e dell'albuminuria.

Presenta due curve termografiche che dimostrano tale particolare ricorso. Il periodo colemico ha durata variabile da due a quattro settimane: può essere accompagnato da epistassi, da piccole emorragie sottocutanee.

Al principio di questo periodo le spirochete circolano ancora nel sangue. L'A. ha potuto vedere in un caso le spirochete nel sangue dell'uomo col paraboloide. Ha potuto anche vedere spirochete nel sedimento urinario centrifugato. Lo stesso reperto ebbe più facilmente nelle cavie inoculate.

Il *periodo di risoluzione* comincia colla scomparsa della cilindruria, e col riassorbimento dei pigmenti biliari.

Dopo i primi tre casi di produzione dell'ittero nelle cavie mediante inoculazione di sangue, di cui ha fatto cenno nella nota precedente, ebbe risultati positivi in altri tre casi e precisamente:

a) col sangue di un ittero raccolto nella stessa zona dove il Frugoni ha fatto le sue osservazioni;

b) col sangue di un caso recentissimo, sviluppatosi in un individuo giunto in zona territoriale per congelamento di piedi;

c) colla inoculazione del sedimento orinario, ottenuto centrifugando le orine di altro itterico recente.

Reperto anatomo-patologico. — Non ha potuto fare autopsie perchè le morti sono rarissime. In zona di guerra ebbe dei pezzi che sono ancora allo studio. Col sussidio di dodici microscopi dimostra la distribuzione delle spirochete nei diversi organi della cavia, e le lesioni prodotte.

Dal quadro anatomico risulta che le spirochete dopo avere circolato nel sangue, tendono a localizzarsi nel fegato, nella milza, nel midollo delle ossa, nelle capsule surrenali, nelle ghiandole linfatiche, dove si notano

emorragie numerose, disseminate, e fatti degenerativi dei parenchimi.

Emorragie puntiformi od a chiazze, ed alterazioni conseguenti si hanno anche nel testicolo, nell'intestino, nella mucosa gastrica, nei polmoni, nel cervello.

Dovunque col metodo di Golgi si dimostrano spirochete.

Nel *fegato* le alterazioni sono in generale poco appariscenti ad occhio nudo, ma sono costanti e sommamente caratteristiche nella loro fisionomia istopatologica. Dette alterazioni sono disseminate in piccoli focolai submicroscopici, caratterizzati da minuscole aree in degenerazione granulo-adiposa, talvolta con necrosi e disfacimento di alcuni elementi parenchimali, sempre con emorragie interstiziali. Le spirochete abbondano intorno a queste piccole aree di alterazione, ma non mancano, anzi sono abbastanza frequenti anche nelle altre parti dell'organo, dove si ravvisano in prevalenza entro i più minuti canalicoli biliari che traggono origine dalle cellule epatiche, oltre che nei capillari sanguigni.

Sembra che le spirochete accumulandosi nel fegato determinino lesioni notevoli degli elementi parenchimali, appunto migrando dai vasi sanguigni ai vasi biliari. Da ciò la colemia.

Nelle *ghiandole salivari* si rilevano invece lesioni di poco conto: si nota iperemia, aumentata secrezione mucosa; non si vedono emorragie notevoli; si trovano spirochete in piccolo numero e solo nei capillari sanguigni.

Nello *stomaco* le piccole emorragie sottomucose, e talvolta sottosierose, sono ben visibili ad occhio nudo. Il sangue stravasato si infiltra qua e là tra le ghiandole peptiche comprimendole e spostandole senza produrre appariscenti alterazioni delle cellule delomorfe. Nei piccoli focolai emorragici le spirochete sono frequenti e si riscontrano anche nei linfatici profondi.

Nell'*intestino* le spirochete appaiono più abbondanti nei capillari della mucosa, nei vasi chiliferi e nel tessuto di sostegno di ciascun villo, anche là dove non si incontrano piccole emorragie della mucosa. Talvolta le spirochete si trovano fin sotto l'epitelio di rivestimento, ma non si è riuscito a vederle nel lume intestinale.

Nella *milza*, nelle *ghiandole linfatiche*, nel *midollo delle ossa* si rilevano fatti degenerativi e segni di reazione da parte del tessuto. Le spirochete sono variamente numerose anche negli interstizii dei tessuto; non di rado inglobate da fagociti; qualche volta in via di disfacimento granuloso.

Nei *polmoni* le emorragie a chiazze sono sempre imponenti: i due polmoni marmorizzati di rosso e di nero ricordano l'aspetto delle ali di una *vanessa io* e giustificano il pittoresco paragone degli autori giapponesi.

Nelle sezioni si riconosce che le emorragie disseminate riempiono singoli gruppi di alveoli, nei quali si trova per lo più sangue schietto, solo qua e là commisto con elementi desquammati e rigonfiati dell'epitelio alveolare.

Le spirochete sono qui forse meno numerose che altrove, certo assai più difficili a dimostrarsi; si riconoscono in piccolo numero non nei focolai emorragici superficiali, ma nel lume dei vasi sanguigni.

Nei *reni* le lesioni non sono sempre molto evidenti ad occhio nudo, ma all'esame microscopico appaiono costanti e caratteristiche; non mai uniformemente diffuse, ma sempre disseminate a chiazze.

Nelle aree lese si notano glomeruli congesti, con spirochete nei vasi; desquammazione della capsula di Bowman; talora un lieve strato di albumina coagulata nella capsula, con qualche globulo rosso e qualche spirocheta.

Nei canalicoli contorti si notano tratti in degenerazione granulosa ed adiposa. Più spesso la lesione colpisce singoli elementi, mentre altri rimangono quasi intatti. Nel lume dei canalicoli retti e dei canali di Bellini, si trovano qua e là elementi renali desquammati e necrotici, cilindri ialini e granulosi, globuli rossi più o meno abbondanti.

Le spirochete si incontrano spesso nel lume dei canalicoli contorti, talvolta sembrano attraversare l'epitelio.

Acanto agli elementi alterati dei canalicoli contorti si incontrano con certa frequenza segni di rigenerazione cariocinetica, che ricordano i processi riparativi delle nefriti acute illustrati in un classico studio di Golgi.

Nella *vescica orinaria* si trova qualche volta sangue; nelle orine, oltre ai cilindri ed alle spirochete, in qualche caso si videro cristalli di leucina e di tirosina.

Nel *testicolo* non sempre si trovano alterazioni appariscenti. In alcuni casi trovò emorragie interstiziali con spirochete abbondanti, che mancarono in altri casi.

Nel *cervello* le lesioni sono anche più variabili: talvolta minime, tal'altra abbondanti e caratterizzate da iperemia corticale, emorra-

gie puntiformi, con infiltrazioni di spirochete nei linfatici perivasali.

Nelle *capsule* surrenali le alterazioni sono costanti, imponenti e precoci.

In qualche cavia uccisa al primo apparire delle manifestazioni itteriche non si trovarono affatto le molteplici emorragie degli organi interni caratteristiche del quadro anatomico della morte naturale per spirochetosi ittero-emorragica, ma si rilevarono soltanto lesioni macroscopicamente evidenti delle capsule surrenali.

Queste sono molto ingrossate, non appaiono più gialle come nella cavia normale, ma di colore bruno scuro; talvolta sembrano circondate da un ematoma pericapsulare: sempre sono infiltrate profondamente da una intensa emorragia interstiziale, che scolla le colonne o i gruppi di elementi parenchimali, determinandone qua e là la degenerazione e la necrosi.

Le spirochete sono qui notevolmente abbondanti disseminate a gruppi, talvolta sembrano penetrate negli elementi in via di alterazione.

Particolarmente gravi appaiono specialmente le lesioni anatomiche del fegato e delle capsule soprarenali. Nell'orina raccolta in vescica delle cavie, come nella bile si trovano facilmente spirochete vive.

Epidemiologia. — La malattia è estremamente diffusa specialmente in certe zone della nostra fronte: per i caratteri clinici ricorda in modo suggestivo un'epidemia descritta qualche decennio addietro dal generale Filippo Rho col nome di tifo epatico benigno.

Per l'eziologia appare identica alla spirochetosi ittero-emorragica studiata dai giapponesi nel 1915. Forse detta infezione si è propagata da oriente ad occidente e dai russi passò ai tedeschi ed agli austriaci, che poi diffusero la malattia sulla fronte francese e su quella italiana. Ricorda le osservazioni di Hübener e Reiter in Galizia, di Stokes e Ryle in Fiandra, di Martin, Le Petit, Garnier, Legroux, ecc.

I giapponesi ritennero che la malattia si diffonda per mezzo delle acque, egli ritiene che si propaghi per due vie: per contatto diretto o per mezzo di ospiti intermediari (pidocchi, zanzare, pulci, cimici, ratti) a somiglianza di altre forme di spirochetosi. Cita diversi casi di infezione isolata spiegabili solo coll'ipotesi degli ospiti intermedi.

Accenna alla diffusione della malattia anche ad individui della popolazione civile da lui osservata in diversi luoghi sia in zona di guerra, che in zona territoriale, in condizioni non spiegabili per mezzo delle acque.

Da queste conoscenze si disegna abbastanza chiaro il quadro nosologico, ed i criteri diagnostici; scaturiscono facilmente le norme profilattiche.

Osservazioni sperimentali e cliniche sull'ittero epidemico.

MAGNAGHI L. e SELLA M., entrambi ufficiali medici addetti ad un laboratorio bacteriologico sulla fronte tridentina, non appena ebbero notizia delle comunicazioni circa l'ittero da spirochete avvenute alla Società medica di Pavia nell'adunanza del 12 ottobre scorso, istituirono osservazioni cliniche e sperimentali per accertare se i casi di ittero frequentissimi nella loro zona avessero la stessa eziologia.

Le inoculazioni di sangue di itterici nel peritoneo della cavia alla dose di 4-5 cmc. dettero ben presto risultati positivi, riproducendo il quadro dell'itterizia con abbondante reperto di spirochete specialmente nel fegato. Gli AA. presentano diversi preparati per striscio di organi di cavia, colorati col liquido di Giemsa, che dimostrano molto bene il reperto da loro ottenuto.

Accennano anche a diverse osservazioni fatte sull'uomo di cui renderanno conto nel lavoro completo.

Note sperimentali sull'ittero epidemico.

E. VERATTI riferisce di aver osservato 125 casi di ittero nel Reparto « Collegio Borromeo » dell'Ospedale militare di Riserva di Pavia. Gli ammalati si trovavano tutti in periodo più o meno avanzato della malattia, alcuni già quasi in convalscenza; si tratta quindi di un materiale il meno adatto per ricerche eziologiche.

Su 21 ammalati fece praticare metodicamente la ricerca dell'acido picrico nelle orine in tutti con risultato negativo; in un caso dal dott. Monti del Laboratorio municipale di igiene fu isolata dalle orine allo stato di purezza una sostanza cristallizzabile capace di tingere la lana in giallo oro, che non è acido picrico nè un suo derivato e sulla quale sono in corso le ricerche per determinarne la natura. La sostanza scomparve dalle orine dopo la scomparsa dell'ittero.

In 20 casi di ittero praticò la ricerca delle agglutinine pel tifo, paratifo A, paratifo B nel siero del sangue, sempre con risultato negativo alla diluizione di 1 su 40. Osservò la comparsa di ittero lieve all'inizio di un caso di febbre tifoide da paratifo A, diagnosticato colla emocultura, ma il decorso della malattia

fu quello caratteristico delle infezioni da paratifo A e l'ittero scomparve molto prima che cessasse la febbre; cosicchè è ovvio pensare che si trattasse di un ittero catarrale complicante l'infezione paratifica.

In 15 casi praticò l'inoculazione del sangue nelle cavie per via peritoneale allo scopo di riprodurre in questi animali la infezione da spirocheta ittero-emorragica. Uno solo degli animali morì, ma senza presentare ittero; alla senzione si riscontrarono delle emorragie nel polmone; col fegato furono inoculate altre due cavie che sopravissero: rimase quindi dubbio se si sia avuto in questo caso la trasmissione alla cavia della infezione spirochetica. Gli animali inoculati col sangue dell'unico ammalato di ittero che si è potuto osservare in un periodo iniziale della malattia, sono ancora sotto osservazione, il tempo finora trascorso non essendo ufficiente per dare un giudizio definitivo sull'esperimento.

Col virus avuto dal prof. Moreschi ha riprodotto la spirochetosi ittero-emorragica in serie nelle cavie e l'ha pure trasmessa ai conigli ed ai ratti; nel ratto ebbe un caso di morte, i conigli ed i topi presentarono ittero intenso e deperimento, ma poi guarirono.

Negli organi delle cavie oltre la dimostrazione della spirocheta colla colorazione di Giemsa, col metodo di Burri e coll'osservazione in campo oscuro, ottenne buone colorazioni sulle sezioni coi metodi di impregnazione argentica nel fegato, rene, milza, capsule soprarenali. In tutti questi organi i parassiti dànno l'impressione di trovarsi in intimo contatto cogli elementi e forse in alcuni casi anche dentro il protoplasma delle cellule.

DISCUSSIONE.

Dott. CELESTINO GOZZI, cap. med. — L'O. prima di parlare dei reperti necroscopici osservati in tre casi di morte verificatisi in soldati affetti da ittero, fa presente di aver registrati, dal giugno al novembre, 1627 casi di ittero ospedalizzati, di cui pochi in giugno, 41 in luglio, 180 in agosto, 504 in settembre 469 in ottobre e 425 in novembre.

La malattia ebbe decorso benigno, con guarigione per la grande maggioranza in 10-20 giorni: dei tre decessi avuti, due seguirono ad ittero non complicato da altra forma morbosa, uno seguì a meningite cerebro-spinale epidemica, accertata batteriologicamente; un quarto ammalato trovavasi in questi giorni in gravissime condizioni essendo affetto da meningite cerebro-spinale, accertata, complicata da ittero. L'O. ha pure constatato il manifestarsi di oltre un centinaio di casi di ittero nella popolazione civile del paese; questi si presentarono a preferenza in persone di media età; rarissimamente nei vecchi, mai nei bambini. Degni di nota tre casi verificatisi in donne gravide, seguiti tutti da morte avvenuta in modo acutissimo, da 1-3 giorni, dopo la comparsa dei fenomeni gravi pei quali fu richiesta l'opera del medico; un quarto caso, seguito da fenomeni gravissimi con stato comatoso durato 4 giorni, si ebbe in una puerpera la quale poi è guarita.

Sia nei militari che nelle donne gravide colpite da ittero mortale la fenomenologia si è svolta in modo precipitoso: dopo il solito inizio della forma morbosa con fenomeni lievi, dolori alle ossa, dolori lombari, dolori all'epigastrio, inappetenza, ecc., d'un tratto si sono presentati fenomeni nervosi gravi ai quali rapidamente è succeduto il coma e la morte avvenuta il 2°-4° giorno. Nell'urina si è notato sempre albuminuria, in un caso solo, una donna, presenza di cilindri. L'O. ha potuto praticare l'autopsia solo nei tre militari deceduti, in cui ha riscontrato: a carico del sistema nervoso centrale iperemia intensa delle meningi e della sostanza cerebrale: in un caso, di un semplice ittero, anche liquido emorragico nei ventricoli: nel caso di meningite cerebro-spinale ha notato presenza di liquido cerebro-spinale purulento ed essudati e pus sulle meningi; nulla di notevole a carico dei polmoni (assenza di infarti polmonari) e al cuore, solo che il miocardio presentavasi un po' flaccido, pallido, giallastro.

I reni presentavansi con capsula ben svolgibile, con iperemia corticale manifesta, con colorito giallastro del parenchima; le capsule surrenali erano apparentemente normali; il fegato impiccolito, principalmente in un caso in cui presentava quasi i caratteri speciali del fegato descritto nella atrofia giallo-acuta; la milza congesta era di poco aumentata di volume, di consistenza normale: nulla di degno di nota al pancreas; lo stomaco, in un caso specialmente, presentavasi ripieno di gas e di liquido biliare; il duodeno e la prima parte dell'ileo presentavansi congesti, con piccole emorragie sottomucose; nulla a carico del restante intestino e del crasso. Nulla di abnorme ha notato a carico della vescica orinaria e degli organi genitali.

Nei preparati microscopici le principali alterazioni si riscontrano a carico del fegato: in due casi i fatti sono meno gravi, ma sempre

con gli stessi caratteri e cioè si notano veri fatti di necrosi, di distruzione del parenchima epatico, per cui solo pochi elementi centrali di ogni singolo lobulo presentano ancora abbastanza conservate le caratteristiche cellulari, sebbene peraltro anche tali cellule siano in preda a gravi fatti di degenerazione grassa.

In preparati trattati con nitrato d'argento, col metodo Cajal oppure con quello Volpino l'O. non ha potuto fino ad ora rilevare la presenza di spirochete. Nella milza ha riscontrato accumulo notevole di pigmento, nei reni degenerazione grassa rilevante principalmente a carico dei tuboli contorti; nulla di abnorme ha notato a carico delle capsule surrenali e del pancreas, del cuore, dei polmoni. Su due degli itterici deceduti (un soldato ed una donna gravida) ha praticato il prelevamento di sangue che ha inoculato in cavie senza ottenere peraltro la trasmissione della malattia.

L'O. comunica infine di aver praticato, sui casi di ittero più recenti, e a preferenza su quelli che presentarono rialzi termici, duecento emoculture e cinquanta colture dalle feci: tutte diedero reperto negativo sia per il tifo che per il paratifo. Solo in un caso in cui la ricerca era stata richiesta per sospetta infezione tifoidea venne isolato un paratifo B.

L'O. ha pure praticato ottanta sierodiagnosi di cui 20 in itterici borghesi: queste ultime riuscirono positive, a diluizione 1/60-1/100, solo 30 per il paratifo B e 22 per il tifo; nessuna per il paratifo A.

È a notare che tutti i soldati erano stati vaccinati in epoca varia, ma sempre abbastanza recente.

BARAZZONI prof. CARLO, magg. medi. — Ha osservato nelle truppe del sottosettore Valtellina 36 casi di ittero, iniziati dal principio di ottobre, dopo l'arrivo dalla Valsugana di tre batterie del 27° Regg. Artiglieria.

Nella 14ª Batt. dopo pochi giorni dal loro arrivo nel sottosettore — mentre prima di tal momento nella regione di Valtellina non si era verificato nessun caso di ittero infettivo — si manifestarono 5 casi contemporaneamente di ittero, talchè si sospettarono simulati.

Dopo questi casi si andarono segnalando altri, insorgenti nei vari punti, dove i reparti di artiglieria di dette batterie erano stati dislocati. Interesse maggiore presentarono i casi insorti nella località del Parco Forcola a circa m. 2800, appartenenti ai reparti di truppa accantonati vicino ai soldati di artiglieria, mentre fra essi nessun caso di ittero ebbe a verificarsi.

Mentre la disseminazione dei casi è una prova evidente della forma epidemica della malattia, trasmissibile per contagio, l'insorgenza dei casi per l'arrivo in località indenne di soldati provenienti da reparti infetti, ma non malati, proverebbe la possibile esistenza di portatori del germe infettivo.

Vennero eseguite su oltre una ventina di casi ricerche siero-diagnostiche per mettere in evidenza un'eventuale agglutinazione da parte del siero di sangue del paratifo B, ma tutte furono negative, anche a bassissime diluizioni.

Si inocularono in peritoneo circa 30 cavie col sangue di altrettanti malati in vario periodo della malattia, sempre dopo la comparsa dell'ittero, ma non si ebbe attecchimento dell'ittero in nessun caso. Quattro cavie vennero a morte senza manifestazioni anatomo-patologiche dell'ittero infettivo.

Negli strisci di sangue dei malati, delle cavie morte e dei visceri di esse (fegato, rene, ecc.) non si è mai potuto osservare forme spirillari. In un caso venuto a morte per le gravi condizioni di deperimento generali preesistenti all'insorgere dell'ittero, si ebbe ad osservare un reperto anatomo-patologico quasi analogo a quello descritto dal capitano medico dott. Gozzi nei casi osservati.

Le ricerche sistematiche sulla morfologia della crasi sanguigna nulla fecero osservare di caratteristico e di costante.

Si fecero tentativi di cura con l'Atoxil in circa 20 casi ma senza osservare risultati degni di nota.

Prof. G. SORMANI. — Nella diagnosi dell'ittero infettivo riesce talora difficile la dimostrazione del microrganismo patogeno, perchè le emoculture riescono quasi sempre negative. — Non si potrebbe, procedere alla puntura della milza, come si usò per la diagnosi della febbre melitense, e del tifo addominale?

Domanda agli ufficiali presenti se questa malattia, data l'eziologia ora ben nota, debba considerarsi come malattia contratta per ragioni di servizio, e quindi avente diritto alle indennità e compensi, quali sono riconosciuti per il colera, il tifo ed altre malattie della stessa categoria, come sembra ben ragionevole.

Dott. CARPI UMBERTO. — L'osservazione personale di oltre 100 casi induce l'O. nella convinzione che la grande maggioranza dei casi di ittero castrense, per l'uniformità delle manifestazioni cliniche e del decorso, corrisponde ad un'unica forma nella quale l'eziologia spirochetica debba essere riconosciuta predominante.

L'O. crede utile accenare, in quanto può avere un valore diagnostico differenziale, al tipo di reazione ematologica presentata da questa forma di ittero spirochetico: nel periodo di invasione e nella fase febbrile è di norma una reazione mieloide, caratterizzata da polinucleosi neutrofila, talora anche da mielocitosi e da reazione normoblastica ed emocitoblastica; nel periodo apiretico prevale, nel reperto ematologico, il tipo linfoide e monocitico. L'O. nota come anche le forme non gravi di ittero si accompagnino ad uno stato oligoemico di carattere piuttosto persistente e che resiste ai comuni preparati ricostituenti.

L'O. si è occupato di indagare quale terapia meglio risponda ad una indicazione non solo sintomatica, ma anche causale.

Le proprie osservazioni lo portano a dar credito ad una terapia mercuriale blanda, ma preferibilmente ad una terapia mista arsenico-mercuriale. Si è servito in qualche caso di iniezione di calomelano, in dosi di 5 cgr., ripetute 2-3 volte a distanza di 4-5 giorni.

Da qualche tempo l'O. preferisce e consiglia preparati arsenico-mercuriali. L'arseniato di mercurio (1) alla dose di gr. 0.03, iniettato per via endomuscolare a giorni alterni, in uno o due cicli di 6 iniezioni, ha corrisposto bene. Casi di ittero intenso e persistente, con epato e splenomegalia, micropoliadenia, oligoemia marcata, nel decorso della terapia arsenico-mercuriale subiscono una rapida decolorazione della cute, una diminuzione della tumefazione epatica e splenica, delle tumefazioni ghiandolari all'inguine, all'ascella, all'epitrocleo, e un notevole e pronto miglioramento della crasi sanguigna e della nutrizione generale. È a notare che la cura arsenico-mercuriale non esplica azione nociva sulle manifestazioni renali e che anche l'albuminuria, sintoma pressochè costante della malattia, nel decorso dalla cura tende a scomparire.

Questi risultati, se sono importanti dal lato pratico, lo sono anche per il significato che indirettamente assumono di conferma dell'eziologia spirochetica dell'ittero castrense.

L'O. si augura che altre osservazioni possano confermare queste norme terapeutiche che la sua esperienza gli ha suggerito. La loro applicazione potrebbe dare pratico impulso alla soluzione del problema profilattico dell'epidemia di ittero del quale sono colpite le nostre truppe combattenti.

(1) L'O. si è servito del preparato Enorbiol (Passalacqua-Genova) in fiale sterilizzate da 3 cgr.

Prof. VITTORIO ASCOLI. — Gli importanti contributi che la nostra Società nelle sue ultime sedute ha portato alla conoscenza dell'ittero infettivo fanno degno riscontro a quanto si è pubblicato all'estero negli ultimi mesi. Indubbiamente ci troviamo davanti ad un nuovo agente morboso, la spirocheta che Moreschi, primo in Italia, ha dimostrato negli itterici con sindrome analoga al m. di Weil.

La possibilità di mettere in evidenza la spirocheta mediante l'inoculazione di 5 cmc. di sangue o d'urina nelle cavie, ci assicura della causa vera di molti itteri.

Le inoculazioni dànno risultati spesso positivi nei casi recenti e febbrili; falliscono nel maggior numero dei casi a malattia inoltrata. Da ciò il consiglio di praticare l'iniezione il più presto possibile.

Sarebbe inoltre necessario di tentare reazioni biologiche che potrebbero fissare con esattezza la natura specifica della malattia nel periodo in cui l'inoculazione non serve più. Alludo alla deviazione del complemento e alla così detta reazione di neutralizzazione, da molti vantate come utili alla diagnosi.

Può anche darsi che non corrispondano interamente allo scopo; ma devono tentarsi e ripetersi su larga scala prima di giudicarle. Stabilire da quale causa provenga l'ittero, nel periodo di stato, è di primaria importanza per intendere la nostra epidemia. Sono i casi lievi, con ittero non intenso, con germe ormai non trasmissibile, quelli che costituiscono la maggioranza dei casi osservati tra noi.

La conoscenza della causa dell'ittero è interessante per la clinica; adesso s'impone già il compito di precisare la sintomatologia e l'evoluzione delle forme morbose e si affaccia pure, e con i primi tentativi, la terapia specifica (sieroterapia).

I colleghi che trovansi sulle prime linee possono con grande vantaggio occuparsi delle forme cliniche della nuova infezione. Ogni preconcetto va messo da parte.

Non si può ritenere nè che gli itteri infettivi sieno tutti delle spirochetosi, nè che la spirochetosi dia sempre l'ittero. Si conoscono casi di spirochetosi con decorso febbrile non molto protratto e senza itterizia: e d'altronde nessuno vorrà ritenere che tutti gli itteri infettivi finora descritti dipendano da spirocheti.

L'ittero è un sintoma che si presenta nel corso di gran parte delle malattie infettive, dalla polmonite al gruppo delle infezioni tifoidee, dalla sifilide alla febbre gialla. Non potrebbe, nella stessa spirochetosi di cui discu-

tiamo, l'ittero essere specialmente la conseguenza della nota disposizione della spirocheta a localizzarsi nel fegato, nell'intimo del parenchima, nei minimi canalicoli biliari, fors'anche entro entro le stesse cellule epatiche? L'ittero sarebbe da comparare all'albuminuria dovuta alla localizzazione nel rene. Una tale ipotesi ha, secondo me, grande importanza, perchè, nei siti ove l'ittero è diffuso, bisognerebbe procedere alla inoculazione di sangue alle cavie in tutti i casi di febbre di natura non subito riconoscibile; nel periodo preitterico le probabilità di reperti positivi aumentano.

Per parecchi autori la malattia non si caratterizzerebbe tanto dall'ittero quanto dai dolori muscolari, soprattutto alle sure, e dalla congiuntivite; ai quali sintomi sarebbe da aggiungere quello messo in evidenza (sia nell'uomo, sia nelle cavie) dal nostro Moreschi, cioè l'ingrossamento delle glandole linfatiche. Tutto un lavoro di discriminazione clinica è dunque da compiere per giungere a identificare la origine, la genesi, d'un ittero. V'è da tenere conto della eventuale esistenza in un soggetto di più malattie (in atto o da poco trascorse) capaci di dare itterizia. Non perchè si apre una via nuova, le vecchie strade saranno cieche.

La spirocheta è forse l'agente causale di molti degli itteri infettivi di natura misteriosa finora.

Non potrebbero riportarsi al nuovo germe gli itteri *con carattere diffusivo?* Ad esempio, l'*ittero dei lavoratori delle fogne*, o l'*ittero epidemico*, cioè quello che colpisce gran numero di persone di una zona ristretta, costituendo quasi focolai endemici? L'ittero epidemico è stato descritto nei mesi caldi (agosto, settembre) in Europa molte volte: non starò a numerarle. Ho osservato un focolaio di *ittero epidemico*, parecchi anni fa a S. Martino del Cimino (prov. di Roma). Era colpita gran parte della popolazione, ma aveva i sintomi di ittero mite e protratto; soltanto gravide e puerpere furono gravi e alcune morirono: in circa 50 casi presi il sangue e praticai senza successo le siero-reazioni per il b. di Eberth e per il paratifo B. Non riuscì di stabilire la sorgente dell'epidemia e il modo di diffondersi nel paese; dilagò alquanto dal centro dell'abitato alle case sparse in campagna e anche ai comuni viciniori.

Tali endemo-epidemie, le cui descrizioni sembrano calcate le une sulle altre tanto si assomigliano, hanno presumibilmente origine identica, dipendono da una causa unica: è la spirochetosi? Saremmo indotti a pensarlo dalla constatazione di molte analogie con l'epidemia che attualmente regna tra i soldati: tali l'estensione notevole e la relativa benignità delle forme. Sono comparsi casi gravi, quando la malattia, penetrata tra la popolazione civile, ha colpito le gravide. Ma i pericoli di dedurre per analogia sono grandissimi: nelle descrizioni delle epidemie di borgate i casi di una certa gravità sono molto pochi di fronte a quelli che sono ora descritti nei soldati; l'itterizia, da qualunque causa origini, desta sempre inquietudine nei medici, quando colpisce le gravide.

D'altronde le epidemie di spirochetosi sono o *gravi*, come dalle descrizioni risulta avvenire nel Giappone, dove gli autori l'hanno designata come ittero-emorragica, o *miti*, come in Italia, dove la mortalità è minima. Se a ciò si mettono di contro le divergenze nelle descrizioni della spirocheta, si può giungere a sospettare che il nuovo genere di *spirochete* comprenda più specie, ad esempio, quella che provoca nell'uomo forme ittero-emorragiche e quella che provoca forme itteriche miti. Non v'è la malaria maligna e la benigna con corrispondenti parassiti?

A me sembra che le precise proprietà del germe e l'esatta descrizione clinica dovrebbero farsi oggetto di studi paralleli per venire a capo di cognizioni concrete. Tale il compito affidato speciamente ai nostri bravi colleghi che stanno nelle prime linee.

Prof. I. CLIVIO. — A proposito di quanto ha ricordato il prof. Ascoli circa l'ittero in gravidanza, credo bene far presente che, per quanto durante la gestazione l'ittero sia sempre una grave complicazione per le condizioni speciali in cui va incontro il fegato durante tale stato, pure crede convenga fare una certa distinzione a seconda della natura dell'ittero.

Per esperienza personale può dire di aver osservato un discreto numero di casi di ittero in gravidanza, di quelle forme ritenute comunemente dovute a fatti catarrali gastro-duodenali, e questi, anche se a decorso grave, li vide passare a guarigione. L'esito è ben diverso nelle epidemie di ittero, come pure è spesso letale quando è legato a gravi alterazioni del fegato, come si osserva in alcune forme di intossicazione gravidica.

Prof. A MONTI. — Riassumendo rileva l'importanza delle comunicazioni di Magnaghi e Sella e di Veratti.

Magnaghi e Sella hanno portato un contributo reale alla conoscenza della presente epidemia dimostrando che l'ittero dominante sulla fronte tridentina è della stessa natura della malattia diffusa sull'Isonzo.

Le belle ricerche di Veratti, mentre fanno escludere il supposto ittero provocato coll'acido picrico, riducono a casi di eccezione i presunti casi di ittero paratifico.

Ricorda osservazioni analoghe del prof. Ferdinando Micheli a Torino.

A questo proposito deve aggiungere che il tenente medico Italo Civalleri, nel laboratorio bacteriologico dell'Ospedale Militare di Voghera ha fatto ricerche consimili su dodici casi di ittero e mediante la siero-diagnosi e l'emocultura ha potuto escludere il paratifo.

Lo stesso Civalleri è pure riuscito a trasmettere in qualche caso l'ittero spirochetico alle cavie col sangue dell'uomo, ed ha ritrasmesso la malattia alle cavie sia iniettando l'orina che la bile delle cavie.

Le osservazioni anatomiche del capitano Celestino Gozzi sono degne di nota ed acquisteranno valore quando egli avrà potuto dimostrare l'eziologia spirochetica dei casi da lui studiati. Non dubita che egli riuscirà a colmare la lacuna se avrà l'opportunità di trovare casi recenti, proprio all'inizio del periodo colemico.

I preparati del Gozzi gli ricordano in modo suggestivo altri preparati simili presentatigli dal dott. Arrigo Visentini capitano medico a Feltre. Anche il Visentini non ancora perfettamente orientato in questo ordine di ricerche non aveva dapprima potuto fare le prove necessarie per dimostrare la natura spirochetica dell'infezione. Ma poi il Visentini stesso è riuscito a trasmettere la malattia alle cavie anche con materiale preso dalla popolazione civile.

Le notizie comunicate dal maggiore Barazzoni consolidano l'idea che l'ittero diffuso nelle nostre truppe abbia dovunque la stessa natura.

L'oligoemia consecutiva ed i fenomeni di depressione circolatoria accennati dal Carpi trovano la loro spiegazione nei fatti anatomo-patologici che egli ha messo in evidenza, soprattutto nelle gravi alterazioni degli organi ematopoietici e delle capsule soprarenali.

Conviene col prof. Ascoli che a meglio dilucidare questi fatti sono necessarie ora più complete indagini cliniche.

SUNTI E RASSEGNE.

La spirochetosi ittero-emorragica. (1)

(L. MARTIN e A. PETTIT. — *Bullettin de l'Académie de Médecine*, 1916, n. 44).

Il quadro clinico della spirochetosi ittero-emorragica ricorda quello degli itteri gravi. Tuttavia non manca qualche particolarità sintomatologica che permette di distinguere tale infezione dalle malattie a sintomi analoghi. Lo stato infettivo acuto si inizia, dopo un periodo di incubazione di 6-8 giorni, con febbre molto alta ed è accompagnato, tra gli altri sintomi generali, da forte *iperemia delle congiuntive* o da *mialgie* accentuate sopra tutto ai polpacci. Oltre a questi che sono i fenomeni più caratteristici, si aggiungono l'*albuminuria*, che rivela essere la malattia una vera epatonefrite, e le *ricadute* che si manifestano con elevazioni termiche e con la recrudescenza dell'ittero. La splenomegalia per lo più manca.

La patogenesi della malattia è stata chiarita solo in questi ultimi anni e per merito di autori giapponesi. Nel 1913 Inada e Ido riescirono a trasmettere le infezione e nell'anno successivo scoprirono lo spirochete specifico. Questo si trova nel tessuto connettivo degli organi, raramente nelle cellule epiteliali e nei fagociti e si presenta con un notevole polimorfismo. La morfologia del parassita della spirochetosi ittero-emorragica è più variabile di quella del treponema sifilitico. Come questo per altro si colora con il liquido di Giemsa e con l'impregnazione al nitrato d'argento. Ito e Matsuzalke sono riusciti a farne culture pure adoperando il metodo di Noguchi. Le inoculazioni di queste culture riproducono negli animali da laboratorio, e sopra tutto nelle cavie, un quadro clinico simile a quello dell'uomo. La spirochetosi sperimentale è una setticemia col suo periodo d'incubazione corrispondente allo sviluppo nell'organismo del germe patogeno; poi questo compare nel sangue per localizzarsi in seguito negli organi producendovi caratteristiche lesioni ed eliminarsi con le feci e le urine. Quando l'inoculazione ha risultati positivi il primo fenomeno a comparire è la febbre ed al cadere di questa si manifestano emorragie multiple, coloramento in giallo delle congiuntive, delle orecchie, delle mucose e della cute; l'urina

(1) In considerazione dell'interesse che questo lavoro ha destato, ne diamo una recensione a parte, come abbiamo già fatto per altri lavori sullo stesso argomento.

contiene pigmenti biliari, albumina, cilindri e spirochete. La morte si ha dal quarto al dodicesimo giorno con gravi fatti di adinamia. I parassiti si localizzano per primo ed in più gran numero nel fegato, nei reni e nelle capsule surrenali, che sono i veri focolai di concentrazione dei germi. Questo fatto spiega i tre più importanti sintomi della spirochetosi: l'itterizia, la nefrite, l'adinamia. Gli spirocheti invece sono poco numerosi nel midollo osseo e nella milza.

Dal punto di vista diagnostico non esistono fatti specifici che permettano di identificare nell'uomo l'affezione. I soli segni più speciali sono la iperemia delle congiuntive e le mialgie più o meno diffuse e segnatamente localizzate ai polpacci.

La spirochetosi ittero-emorragica dà frequentemente delle ricadute. Questo fatto ha fatto pensare a qualche autore alla possibilità che la infezione possa assumere una forma ricorrente. L'analogia con la spirillosi di Obermeyer rende non impossibile una tale ipotesi. Al riguardo bisogna pure notare che non tutti sono d'accordo circa la classificazione da dare alla spirochetosi ittero-emorragica. Da alcuni si vorrebbe attribuire questa infezione al gruppo degli itteri gravi, altri la vorrebbero classificare nel gruppo al quale appartengono altre spirochetosi, con fenomeni febbrili intermittenti o ricorrenti, nelle quali sono pure frequenti le manifestazioni itteriche ed emorragiche.

La cura della spirochetosi ittero-emorragica non ha dato finora risultati soddisfacenti. In riguardo alle analogie con infezioni a parassiti analoghi è stata tentato il trattamento con l'arsenico, l'antimonio, l'argento, ma senza vantaggio. Migliori risultati si sono avuti sperimentalmente nelle cavie con salvarsan. Ma quando si consideri che un tale trattamento si potrebbe fare all'uomo solo a diagnosi confermata, cioè quando sono già presenti le lesioni epatiche e renali, bisogna procedere con una certa prudenza. È stata tentata anche nel Giappone la sieroterapia mediante iniezione con siero d'individui che hanno superata la infezione, ma per quanto questo trattamento sia razionale, è pur vero che esso non è scevro da pericoli. Ad ogni modo è meglio attendere che le osservazioni al riguardo abbiano una più larga applicazione.

Gli autori giapponesi hanno insistito sulla frequenza dei casi di spirochetosi ittero-emorragica in condizioni speciali di ambiente e di lavoro: per esempio nei lavoratori addetti alle miniere di carbone e sopratutto in quelli che lavorano nelle parti inondate delle miniere. Talora piccole epidemie di ittero infettivo sono da attribuirsi all'azione nociva delle acque stagnanti e delle fogne. Si tratterebbe, tutto sommato, di condizioni analoghe a quelle che si hanno nelle trincee nella guerra attuale. Nessun fatto induce per altro a credere che le mosche e le zanzare abbiano influenza nella diffusione della infezione.

Ad ogni modo occorre che nei luoghi inondati l'acqua sia allontanata; e poichè sappiamo che il germe viene eliminato con le feci e con le urine anche quaranta giorni dopo la guarigione, conviene procedere alla disinfezione scrupolosa di tali materie nei luoghi dove si sono verificati casi di spirochetosi. *a. a.*

I ratti e la spirochetosi.

Gli autori giapponesi hanno trovato frequentemente lo spirochete dell'ittero emorragico nei ratti delle fogne, ed hanno emessa la ipotesi che i ratti delle trincee abbiano importanza nella diffusione della malattia. Courmont e Durand (*Le Bulletin médical*, 1907, n. 5) hanno fatto delle ricerche per accertare se i ratti delle fogne anche in regioni lontane dal fronte e indenni da ittero emorragico, possano costituire un deposito di riserva di spirocheti. A tale riguardo essi hanno esaminato 50 di questi animali catturati nelle fogne di Lione. Nell'8 % dei casi essi potettero provocare nelle cavie, mediante l'inoculazione di sangue o di fegato, una sindrome ittero-emorragica con la presenza degli spirocheti. In base a queste osservazioni gli Autori ritengono che il parassita è molto diffuso nei ratti e che la sua presenza non è l'esponente di una epizoite localizzata. E poichè nelle stesse località non è stato mai constatato l'ittero emorragico da spirocheti nell'uomo, parrebbe che il ratto si debba considerare come una riserva di virus dell'agente infettivo. *a. a.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MENGHETTI SILVANO. Intorno alla trombosi extravascolare. — Firenze, 1914.

CARPANO MATTEO. Il bacillo del carbonchio ematico è sempre immobile? (Nota microbiologica). — Bologna, 1915.

FEDERICI NICOLINO. Circa i termini di tempo assegnati allo sviluppo dell'appendicite traumatica. — Milano, 1915.

MORELLI EUGENIO. La cura delle ferite del polmone. — Napoli, 1916.

ROGGERI DOMENICO. Commemorazione di Guido Baccelli auspice la «Dante Alighieri» di Buenos Aires. — La Plata, 1916.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Un medico soldato di sanità. — Gli on. Serra, Maffi, Caporali ed altri hanno inviato alla presidenza della Camera la seguente interrogazione:

« Interroghiamo il ministro della guerra per conoscere quali provvedimenti intenda adottare per porre finalmente termine e riparo alla dolorosa e stranissima situazione fatta al dottor Oreste Gubitosi, di Aquila, il quale, compreso « otto mesi or sono nella mobilitazione dei medici » (perchè non ancora chiamata alle armi la terza categoria del 1876, cui esso Gubitosi apparteneva) invece di essere assunto col grado di capitano medico — come ne aveva diritto per l'esercizio professionale di oltre 15 anni — fu assegnato in qualità di semplice soldato alla settima compagnia di sanità, nell'ospedale militare di Aquila; e mentre, in questo modo, si è arrecato enorme pregiudizio economico e morale al cittadino e al professionista, non si è mancato di porre quotidianamente a profitto le sue specifiche e scientifiche attitudini.

« E si attende altresì di conoscere dall'on. ministro quali misure disciplinari saranno adottate contro quelle autorità sanitarie militari, che, per tanti mesi, con inqualificabile arbitrio, non hanno inoltrato i reclami dal Gubitosi spediti per via gerarchica, determinando così, oltre le gravi conseguenze succennate, anche la flagrante violazione della circolare 146, in base alla quale si sarebbe dovuto inviare il Gubitosi in congedo provvisorio, fino all'assegnazione del grado che gli spettava.

« Si domanda la risposta scritta nei termini regolamentari ».

Il *Messaggero* del 15 febbraio, nel dare notizia di questa interrogazione, la faceva precedere da un titolo che è anche un commento: « Sembra una favola... ».

Federazione Nazionale tra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica. — La Federazione dei sanitari per la vigilanza igienica, veduta la opportunità urgente ai fini dell'alimentazione di sostituire in parte al frumento altri farinacei che abbiano corrispondente valor nutritivo, considerato che sopratutto la patata costituisce l'alimento qualitativamente più economico poichè assicura, con minima spesa, tanto l'energia necessaria alla vita quanto l'albumina indispensabile alla conservazione dell'organismo, oltre ad essere anche per volume mezzo efficacissimo di sazietà, fa voti che il Governo promuova e favorisca al massimo grado la intensificazione della coltivazione della patata e di altri tuberi nutritivi (ad es. topinambour) requisendo anche ove occorra, terreni non indipensabili al pascolo, affidando la coltivazione ad Università agrarie, ad associazioni, a privati, e concedendo facilitazioni speciali per la somministrazione del materiale di semina.

Nel campo dei consumi poi fa voti:

1° che allo scopo di preservare al massimo grado il latte, che oltre a costituire un alimento completo e indispensabile alla giovine età, è la sorgente più economica di albumina nel campo alimentare, si restringa al massimo grado la fabbricazione del burro, il quale determina consumo di latte in ragione di 30 volte il suo peso, mentre è sostituibile perfettamente dalla margarina e da altri grassi vegetali ed animali;

2° che si provveda ovunque all'istituzione di cucine collettive (ristoranti popolari, zuppe ambulanti, cucine di casamento anzichè di appartamento) e ciò al fine dell'economia di combustibile e di sostanze alimentari, specialmente del pane che ora è l'alimento quasi esclusivo della classe operaia, e della introduzione di una dietetica razionale corrispondente ai reali bisogni fisiologici;

3° che sia elevata e, ove manchi, introdotta la tassa sugli animali domestici non destinati all'alimentazione, che costituiscono una inavvertita causa di sperpero di sostanze alimentari.

Il Segretario: Dott. G. Palomba.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6740) *Riduzione della condotta al solo obbligo di legge.* — Dott. L. M. da D. — L'elenco dei poveri è formulato dalla Giunta Municipale con l'assistenza del medico condotto. Costui può opporsi alla iscrizione in esso di quelle famiglie che ritiene agiate, ma può rimanere in minoranza essendo, evidentemente, in maggior numero gli assessori. L'apposizione del medico può, quindi, riuscire in alcuni casi assolutamente efimera e priva di pratica efficacia. Il medico condotto non ha veste per insorgere contro eventuali provvedimenti che tendessero a rendere il servizio limitato ai soli poveri o viceversa, perchè l'interesse privato del sanitario, determinato da ragioni economico-professionali non potrebbero prevalere di fronte agli atti del Comune, che sarebbero presi in nome dell'interesse generale della assistenza sanitaria della popolazione. Il Comune può sempre estendere la condotta alla generalità degli abitanti, sempre quando dalle autorità competenti fosse riconosciuta la opportunità, la convenienza e la necessità di adottare un simile provvedimento. In tale ipotesi di allargamento di condotta non è necessario bandire un nuovo concorso per la nomina di altro sanitario, ben potendo quello in servizio pei poveri essere incaricato, mediante maggiore retribuzione da convenirsi, dell'assistenza generale della popolazione. Qualora il Comune si costituisse in consorzio con altro vicino per il servizio sanitario e qualora si intendesse istituire nel centro una seconda condotta piena, il titolare in carica non perderebbe il suo posto ma continuerebbe a servire ove è attualmente, con estensione del servizio nella propria circoscrizione anche agli agiati.

(6741) *Chiamata di urgenza.* — Dott. G. S. da Z. di G. — Un ufficiale medico chiamato di urgenza presso un ammalato grave, curato dal medico condotto che trovasi abbastanza lontano e che da più giorni non è più andato, non può rifiutarsi di aderire allo invito nè ha bisogno del permesso del medico curante.

(6742) *Sessennio.* — Dott. A. F. da P. R. — Alle esposte condizioni ha diritto all'aumento sessennale, che si è maturato alla fine del decorso anno 1916.

(6743) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. G. R. da S. — L'esonero ottenuto nello scorso anno come medico unico del Comune vale anche per la successiva chiamata di tutti i nati dell'anno 1875 perchè quella dei medici, avvenuta nell'aprile 1916, non fu che parte della chiamata generale della classe che ebbe luogo più tardi.

(6745) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. M. D. M. da C. V. — Essendovi in paese un medico condotto e due altri medici liberi esercenti, sebbene non in buone condizioni di età e di salute, riteniamo che non Le possa essere concesso l'esonero dalla chiamata qualora fossero chiamati a nuova visita i riformati della classe 1874 ed in detta visita fosse dichiarato idoneo.

È da ricordare che condizione principale per ottenere detto esonero si è quella della indispensabilità ed insostituibilità e nè l'una nè l'altra, può sostenersi esista quando si possa provare che nello stesso Comune vi sono altri tre sanitarii che potrebbero esercitare, almeno per turno, il servizio dell'ufficiale sanitario.

Per ottenere la nomina a capitano medico del Regio Esercito occorre produrre analoga domanda all'Ispettorato generale medico presso il Ministero della guerra, allegando la laurea, il certificato di buona condotta, redatto su modulo speciale, quello di penalità e quello di cittadinanza italiana.

(6746) *Tariffa per le prestazioni professionali.* — Dott. C. T. da C. S. G. — I Comuni non possono fissare tariffe per le prestazioni mediche in favore degli agiati, giacchè non è lecito imporre freni al libero esplicamento della attività professionale dei singoli sanitarii.

La tariffa stabilita dall'Ordine determina una norma o un criterio per le singole tassazioni. Ad essa può il professionista attenersi, ma non a quella del Comune, che, come ha più volte ritenuto il Consiglio di Stato, non ha facoltà legale di farlo. Qualora qualche abbiente intendesse attenersi alla tariffa comunale, Ella può ache adire l'autorità giudiziaria invocando, per giustificazione della sua domanda, quella certamente più favorevole stabilita dall'Ordine dei medici della Provincia.

(6747) *Requisizione dei medici condotti. - Diaria. - Facoltà del R. Commissario.* — Dott. P. M. da B. — La requisizione del medico condotto può essere fatta dal Prefetto pei Comuni in cui manca assolutamente qualsiasi esercente che possa disimpegnare il servizio pei poveri e non per quei Comuni, che, come in codesto, il medico esiste e fa il proprio regolare servizio. Qualora avvenisse la requisizione che teme può ben pretendere la formazione dell'elenco dei poveri, sotto minaccia di danni in caso di inadempienza in determinato periodo di tempo. il R. Commissario assume i poteri della Giunta Municipale e, quindi, può redigere da solo, con l'assistenza, però, del medico condotto, l'elenco dei poveri. Non basta però un semplice certificato, ma occorre vera e propria deliberazione da adottarsi con le norme di legge e da approvarsi dalle autorità competenti. Qualora ciò non sia fatto può sempre rifiutarsi alla cura gratuita. Fino a quando non sia deliberata dallo stesso R. Commissario e non sia approvata dalla G. P. A. previo parere del Consiglio provinciale di sanità la riduzione della condotta al solo servizio dei poveri, Ella non può essere obbligata a ridurre la prestazione nè può subire falcidia sulla diaria pattuita nell'atto di nomina, giacchè i contratti formano legge fra le parti e non è consentita ad una solamente di esse di recedere da quello che fu stabilito se non con le modalità e forme stabilite dalle leggi generali. In quanto al termine di preavviso per la disdetta occorre tener presente quello che fu stabilito nell'atto di nomina. Se in questo nulla è detto, bisogna tener presenti le consuetudini locali ed in mancanza attenersi ad un criterio equitativo che permetta al medico colpito di trovare altra occupazione.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare.

Al dott. L. R., Zona di Guerra:

Dato che la sua classe non è in Zona di guerra può il collega far domanda di esser trasferito a prestar servizio in uno stabilimento territoriale. Il collega può anche far domanda di ottenere il grado di capitano in base alla circolare n. 734, G. M., 1916.

Al dott. G. R. da L., abb. 2812:

Lo scambio tra i medici reggimentali e delle sezioni di sanità e quelli degli stabilimenti di seconda linea non è disciplinato da circolari Ministeriali. Tale avvicendamento locale è lasciato al buon senso del Direttore di Sanità del Corpo d'Armata.

Al dott. C. M., L., abb. 4427:

Agli ufficiali medici *dimissionari volontarii* e che sono stati richiamati di autorità spetta l'indennità, e questa è stata realmente a tutti pagata.

Al dott. A. M., abb. 2507:

Essendo la sua classe obbligata ora al servizio, il collega non ha più diritto a percepire l'indennità di L. 5. Può — se le sue condizioni familiari sono tali da metterlo in grave disagio — fare una domanda di sussidio al Ministero.

Al dott. A. C. da N., abb. 8321:

La commissione di visita presso la Scuola a Firenze serve solo a determinare se ed in qual grado l'ufficiale medico visitato sia idoneo ai servizi mobilitati. Non può quindi dar giudizi di riforma, ecc

Al dott. A. G. da N., abb. 4671:

Durante la guerra la Croce Rossa non può accettare dimissioni del suo personale.

Se però il collega è ammalato può far richiesta di visita collegiale onde la sua infermità venga riconosciuta ed egli esonerato dagli obblighi assunti con la Croce Rossa.

Al dott. A. F., Z. di P. A.:

Tutti i medici promossi ufficiali al cominciare della guerra lo sono stati con anzianità del 23 dicembre 1915 a senso della circolare 874, del 1915. Il collega quindi è stato incluso nell'elenco generale degli altri, poichè non risulta che per effetto della guerra e prima della suddetta data siano state fatte altre nomine di ufficiali medici.

Al dott. P. S. da T.:

Se il collega trovasi da più di un anno in Zona di guerra può aspirare, data la sua età, ad essere avvicendato e farne domanda. Che un ufficiale effettivo diriga il servizio sanitario di tutti i reggimenti ed unità mobilitate sarebbe realmente desiderabile; ma dato l'organico del corpo sanitario militare effettivo, l'impiego di tutti i suoi ufficiali *non è sufficiente* a coprire che una ben piccola parte dei posti in questione.

Al dott. P. C. A., Zona di Guerra:

Il collega trovasi sul quadro d'avanzamento e quindi sarà promosso regolarmente a suo turno senza bisogno di fare alcuna pratica od istanza.

Al dott. G. F., abb. 7139:

Oltre i 15 anni di esercizio professionale che il collega ha ad esuberanza, occorre per la nomina a capitano, anche la comprovata idoneità a coprire la funzione medico-militare inerente al grado.

Al collega, essendo ormai stata chiamata la classe 1875, non spetta l'indennità di L. 5 al giorno.

Al dott. G. C., Zona di Guerra:

La lettera, che è un reclamo contro il modo di fare le promozioni nella Croce Rossa, non dà luogo a risposta. Sta di fatto che le promozioni degli ufficiali della Croce Rossa incorporati nella sanità dovrebbero seguire le stesse norme di avanzamento degli ufficiali medici dell'esercito, ma forse si saranno verificati dei ritardi contro i quali il Sig. C. reclama.

Al dott. A. B. da C.:

Occorrerebbe che il collega presentasse in caso di chiamata i titoli come è prescritto dalla circolare 734 del G. M., 1916.

Al dott. P. M., abb. 655:

Non è ammesso il trasferimento degli studenti di medicina che già sono arruolati in altro corpo che non sia la sanità militare.

La circolare cui accenna il collega riguarda evidentemente gli iscritti che debbono ancora presentarsi alle armi.

M. G.

Malgrado i nostri ripetuti ammonimenti, continuano a pervenirci molti quesiti non firmati, ai quali non diamo esito.

Su richiesta degli abbonati, possiamo omettere il loro nome sul giornale e limitarci a contraddistinguere i quesiti con le iniziali ovvero con il numero d'abbonamento; ma è necessario che eglino ci si facciano riconoscere.

CONDOTTE E CONCORSI.

ANCONA. *Ospedale Civile «Umberto I».* — Cercasi subito medico-assistente, preferibilmente laureato di recente, esente dal servizio militare e da impegni con la Croce Rossa. Stipendio annuo lordo L. 1080, oltre il vitto e l'alloggio tutti i giorni nell'Istituto e qualche incerto. Nomina biennale. Rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

Medico-chirurgo, esente militare, lunga pratica professionale, accetterebbe subito interinato o supplenza in condotta, casa salute o altro servizio medico. — Scrivere esibitore libretto riconoscimento postale N. 388,994, Posta, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

COMO. — Il dott. cav. A. Fumagalli, primario oculista e direttore dell'Ospedale di S. Anna, ha lasciato il servizio, venendo sostituito nella direzione dell'Istituto dal primario anziano prof. A. Buschi, e nella direzione del comparto oculistico dal dottor Temistocle Cicardi, della Scuola Universitaria di Pavia.

È nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia il prof. Annibale Ghedini, maggiore medico negli Ospedali Contumaciali di Ferrara.

ALBO D'ORO.

Ricompense al valore militare per la campagna di guerra 1915-1916.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

Cionini Giulio, da Pisa, capitano medico reggimento fanteria. — Ripetutamente ed arditamente si spinse ad esplicare la sua missione di medico sulle linee più avanzate, dando prova di alto sentimento del dovere e di sereno sprezzo del pericolo. Durante l'intenso lancio di gas asfissianti per opera del nemico, noncurante di sè e del violento fuoco di artiglieria, soccorse, da solo, e salvò molti feriti e asfissiati superando gravi difficoltà. — Monte San Michele, 20-30 giugno, 1° luglio 1916.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Marinacci Sertorio, da Collarmele (Aquila), tenente medico reggimento fanteria. — Costante esempio di attività e di abnegazione, con lodevole calma, serenità e sprezzo del pericolo, si adoperava a far mettere al riparo e medicava numerosi feriti, durante un violento combattimento. — Selz, 14 giugno 1916.

Piccoli Luigi, da Vicenza, sottotenente medico complemento reggimento bersaglieri. — Costante esempio di abnegazione e coraggio, caduti feriti due bersaglieri di vedetta in un posto avanzato, accorreva spontaneamente ad assisterli, percorrendo uno spazio intensamente battuto dalla fucileria avversaria. Più tardi, sempre esposto al fuoco nemico, personalmente correva a trasportare al posto di medicazione il più grave. — Sexten, 31 ottobre 1915.

La commemorazione del sen. De Giovanni all'Accademia di Padova.

Abbiamo già accennato alla commemorazione del sen. Achille De Giovanni tenuta dal prof. Achille Breda in seno alla R. Accademia di Scienze, Lettere ed Arti di Padova, nella seduta del 14 gennaio.

Diamo ora più ampia notizia del discorso pronunziato in quella occasione dal prof. Breda. Esso è interessante sovratutto nei riguardi delle vicende della vita trascorsa dal grande clinico che onorò l'Ateneo pavese.

L'O. ricorda come quella piccola esile figura, quella testa di filosofo antico piena di anima gagliarda, che sprigionava dagli occhi scintille di bontà e di penetrazioni profonde, acuite dalla sventura e dalla intensità delle sue energie, frequentasse da 35 anni l'Accademia, serbandole i frutti delle diligenti osservazioni ed originali deduzioni; onde il dovere, da parte dell'Accademia, di celebrarne la nobilissima vita.

Nato nel 1838, gli mancò a sei mesi il padre, medico rispettato, religiosissimo. Difficoltà economiche non sempre superate dalla immensa abnegazione ed operosità della madre, per giunta malattie frequenti, resero a lui aspri, difficili gli studi. La madre voleva farne un farmacista; egli, pur tenerissimo verso la madre, ne contrariò il progetto, iscrivendosi a Pavia agli studi medici. Viene il 1859; egli vola tra i cacciatori delle Alpi di Garibaldi, ma sciaguratamente si ammala ed è costretto a servire nelle ambulanze. Era chiamato allora il *beato* De Giovanni, per le sue tendenze mistiche. Continuò i corsi universitarii tra Pavia e Pisa; andò poi a laurearsi a Modena, perchè ivi l'esame costava meno: ma dovette egualmente essere assistito da amici.

Si recò subito a Bologna, al corso del Concato, il quale lo avrebbe voluto assistente. Ma, quasi che non bastasse l'esser privo di mezzi, egli si ammalò di tubercolosi, così che il Concato dovette staccarsene.

Recatosi poi a Milano, s'inscrisse «praticante assumibile» gratuito all'Ospedale Maggiore. Ma una grave pleurite gli tagliò anche quella via. Fu poi medico residente al Manicomio «la Senavra»: di là lavorava quale redattore della *Gazzetta Medica* e collaboratore agli *Annali* dell'Omodei; in tali uffici difese con la penna prima, con la spada poi, la dignità e la fierezza di colleghi offesi, che vieppiù si attaccarono a lui.

Nel 1866 fu medico tra i volontari Garibaldini.

Dopo un lungo assistentato universitario, che iniziò a Pavia nel gennaio 1865, diventò docente, incaricato di patologia generale, di patologia speciale medica, di semeiotica e propedeutica, supplente di clinica medica, straordinario e poi ordinario di patologia generale; venne infine chiamato alla clinica medica di Padova. Ivi giunse con la madre, la moglie ed un figliuolo.

Ormai egli si consacra intieramente alla clinica.

Nel 1880 perde l'amico carissimo prof. Marzolo, il che gli cagiona intenso dolore. Forse per soffocare l'affanno, si reca a Parigi alle lezioni di Charcot, col quale diviene poi intimo: gli dedica il primo volume della «Morfologia»; a Milano curano insieme il generoso Don Pedro del Brasile.

Nel luglio 1899 perdette l'unico figlio Aldo, avviato alla carriera medica, rapitogli dalla tubercolosi. L'immenso dolore fu alimento ad un grande amore: egli si propose di onorarne la memoria, che gli parlava a tutte le ore, impiegando il resto dell'esistenza nel sostenere e nel salvare coi più validi mezzi la vita dei figlioli altrui minacciati dal terribile morbo.

Così costituisce e organizza la Lega nazionale contro la tubercolosi, il Comitato cittadino contro la tubercolosi, il Raggio di Sole, le scuole all'aperto, che Padova ebbe prima in Italia, i dispensari contro la tubercolosi, la stazione profilattica sul Lago di Garda, ecc.

La sua attività pratica si esplicò anche in molti altri campi: fondò l'Istituto antirabico un anno dopo quello di Parigi e lo fece funzionare per lunghi anni con mezzi propri, presentò il primo progetto di bagno pubblico, fece approvare la costruzione dell'ospitale d'isolamento, ottenne la creazione del laboratorio medico-micrografico municipale, che fu tra i primissimi in Italia, provvide allo sviluppo ed al miglioramento edilizio dell'università, ecc. Coprì alte e numerose cariche.

Negli ultimi anni di vita, solo nella vasta casa disertata dalla morte di tutti i suoi, leniva la profonda tristezza col lavoro, colla passione alla scuola e colle opere in pro' della Patria, che vedeva sicura nel cammino del trionfo, della liberazione delle terre agognate. Ivi possedeva, a Roncegno, una ospitale villetta, divelta dalla rabbia tedesca; non di questo egli si dolse mai, sibbene di non poter offrire altro alla Patria che le sue cure ed i suoi consigli nella sua Clinica.

Propugnò l'Università di Padova quale sede degli insegnamenti medici di guerra; il 4 dicembre u. s., ai giovani adunatisi colà da ogni parte d'Italia, tratteggiò i doveri del medico militare. Simile all'eroe che predilige la morte sul fronte, diceva: «vorrei morire nella mia scuola». Il suo voto stette per essere esaudito: quella sera stessa egli si mise a letto, in attesa della morte che presentiva.

Non conobbe mai le seduzioni del denaro; conscio delle pene della miseria, trattò con liberalità colleghi, studenti ed altri, nelle ore tristi del bisogno; aprì a taluno ogni conforto nella propria casa. Esercitò liberalmente la consulenza nel Regno e fuori.

Si accaparrò sempre più la stima e l'affetto di quanti lo avvicinavano.

Della sua poderosa produzione scientifica e dei suoi meriti insigni di clinico ci siamo già intrattenuti altre volte su queste colonne.

R. B.

NOTIZIE DIVERSE.

Per il progresso delle scienze e l'intesa intellettuale fra gli Alleati.

Nella entrante primavera avrà luogo a Milano la IX riunione della Società Italiana per il progresso delle scienze in comune col primo Congresso del comitato nazionale scientifico-tecnico per lo sviluppo dell'industria.

La Società delle scienze ha aderito alla proposta della « Associazione italiana per l'intesa intellettuale fra paesi alleati e amici », perchè una sezione speciale del Congresso sia destinata al Libro italiano.

Ora l'Associazione per l'Intesa, presieduta dal senatore Volterra, cura l'ordinamento di questa sezione, dove saranno trattate le principali questioni intellettuali, tecniche ed economiche riguardanti la produzione libraria italiana ed il suo avvenire, come: la diffusione delle pubblicazioni italiane all'estero, l'italianità dei libri scolastici, le arti grafiche, le convenzioni internazionali sulla proprietà letteraria, l'organizzazione del commercio librario, le questioni doganali, ecc.

A questo Congresso prenderanno parte parecchie notabilità della scienza e dell'industria editoriale.

Per la Cassa di maternità.

Con decreto-legge, su proposta del ministro dell'industria, commercio e lavoro, si è provveduto alla sistemazione finanziaria della Cassa di maternità, che da più tempo era invocata, perchè l'esperienza aveva dimostrato che l'importante istituzione, gestita, come è noto, dalla Cassa nazionale di previdenza per la invalidità e la vecchiaia degli operai; non era in grado coi mezzi di cui disponeva di provvedere, senza disavanzo, all'alto suo fine, cioè di corrispondere un sussidio di lire 40 alle operaie in caso di parto.

Col provvedimento promulgato sono stati elevati in misura assai tenue i contributi tanto delle operaie e degli industriali quanto dello Stato.

Il contributo annuo a carico degli industriali venne fissato nella misura di lire 1.25 e quello delle operaie nella misura unica di lire una.

Lo Stato, da parte sua, contribuisce a colmare il disavanzo elevando a lire 12 la quota di concorso, che è attualmente stabilita in lire 10 per ciascun parto. Ne consegue che la Cassa concorrerà per ciascun parto sui propri fondi con lire 28 anzichè con 30.

Per la sistemazione edilizia degli Opedali di Roma.

È stata approvata dal nuovo Consiglio d'amministrazione degli Ospedali di Roma una transazione col Credito Fondiario del Banco di S. Spirito, per la realizzazione di due milioni di lire.

Con questa cospicua somma e con altre all'uopo predisposte, sarà possibile di mandare ad esecuzione l'importante progetto di sistemazione edilizia degli ospedali: progetto che riassumiamo per sommi capi:

adattamento di un grande ed arioso sanatorio in riva al mare per tubercolotici adulti ed infantili;

costruzione di un altro sanatorio di collina nella tenuta « L'Insugherata », che è di proprietà degli Ospedali;

ampliamento dell'ospedale di S. Giovanni e demolizione di una delle parti vecchie del detto ospedale;

sistemazione di quella parte dell'ospedale di S. Spirito che è destinata a rimanere;

costruzione di locali d'isolamento per malattie infettive in ciascun ospedale;

costruzione di un nuovo nosocomio fra Monte Mario e piazza d'Armi;

ampliamento dell'ospedale della Consolazione.

Beneficenza.

La principessa russa Maria Abamelech Lazzarew Demidoff, per onorare la memoria del marito morto a Pietrogrado il 2 ottobre dell'anno scorso, ha fatto dono al governo italiano di una magnifica villa, posta nei dintorni di Firenze e dove sarà istituita la Casa Nazionale per l'accoglimento e l'assistenza dei più gravi invalidi della guerra, non suscettibili di rieducazione al lavoro.

La villa è delle più splendide, situata presso il Galluzzo; vi sono annessi un grandioso giardino, un magnifico parco all'inglese e due poderi.

La principessa Demidoff ha pensato a mobiliarla ed a corredarla; essa è ora provvista di 120 letti e di tutto il necessario per il ricovero di altrettanti mutilati.

Si è spento in Roma il milionario Angelo Cortesi, che lascia erede universale del suo cospicuo patrimonio il Comune di Todi.

Nel testamento è fatto obbligo al Comune di impiegare le rendite per un ricovero di mendicità di inabili al lavoro del territorio di Todi.

È fatto anche un legato annuo di lire cinquemila all'Ospedale di Todi.

Onorificenze a dame infermiere.

Ha avuto luogo nell'Ospedale « Umberto I » di Roma la consegna delle medaglie d'argento e di bronzo alle dame infermiere, che furono o sono attualmente in servizio in quel nosocomio.

Il promotore della cerimonia, colonnello medico Tursini, direttore dell'ospedale, pronunciò un elevato discorso, vibrante di patriottismo, mettendo in rilievo l'efficacia dell'aiuto che, nell'assistenza agli infermi, hanno dato le dame infermiere durante la guerra di Libia ed in quella attuale.

Il comandante del presidio di Roma generale Pontremoli procedè poi alla distribuzione dei diplomi, artistica opera del prof. Cifani, e delle medaglie.

Le premiate furono in numero di 77; molte di esse appartengono alla più alta aristocrazia; non poche sono straniere.

Corso sulle aritmie cardiache.

Il prof. Giovanni Galli terrà nell'Ospedale di Santa Marta in Roma un corso gratuito di cinque lezioni, con esercitazioni pratiche, sulle aritmie del cuore.

Al corso possono iscriversi non più di quindici medici, rivolgendosi al prof. Galli.

Nuovi provvedimenti per la panificazione.

Il Commissario generale ai consumi, on. Canepa, comunicava essere imminente la pubblicazione di due decreti relativi all'economia dei consumi, l'uno luogotenenziale, l'altro del ministro dell'Interno di concerto con quello dell'Agricoltura, e di un'ordinanza del Commissario per la loro applicazione che comincierà il 1° marzo prossimo.

In conformità a questi provvedimenti il pane si comporrà con farina abburattata al 90 %. Vengono fissati il peso e le dimensioni di ciascuna forma.

Tali prescrizioni sono assolute, sia il pane cotto nei forni pubblici, sia confezionato nelle case private, e quella dell'abburattamento al 90 % si estende ad ogni sorta di pasticceria.

***

Il D. L. di cui sopra è stato ora emanato; esso dispone, tra l'altro, che il pane dev'essere preparato in forma di pagnotte lisce (senza tagli), del peso non inferiore a 700 grammi; autorizza i Prefetti, sentita la Commissione consultiva dei consumi, ad eventuali deroghe all'orario di vendita e di lavorazione.

Bombe nemiche sopra un treno sanitario.

Un gruppo di velivoli nemici ha effettuato una incursione aerea su Brindisi lanciando alcune bombe che hanno colpito una casa privata ed il treno sanitario n. 45. Sono rimasti feriti due civili e sei soldati della prima compagnia di sanità di Torino, due dei quali gravemente.

Lo scambio degli invalidi con l'Inghilterra interrotto dalla slealtà tedesca.

Un comunicato del *Foreign Office* dichiara:

« In base all'accordo esistente da qualche tempo tra i Governi tedesco e britannico, i prigionieri di guerra tedeschi ed inglesi invalidi dovevano essere rimpatriati in epoche determinate. Il trasporto dei prigionieri di guerra da e per l'Olanda veniva effettuato mediante una nave-ospedale inglese. In conformità dell'accordo, lo scambio dei prigionieri invalidi doveva aver luogo il 7 corrente, essendo state prese tutte le misure necessarie a tale proposito dalle autorità britanniche.

Il Governo della Gran Bretagna, per il tramite dell'Ambasciata nord-americana, ricevette, prima della rottura delle relazioni diplomatiche fra gli Stati Uniti e la Germania, telegrammi del Governo tedesco annuncianti che questo mezzo di trasporto non poteva ormai essere più considerato come sicuro e che il trasporto poteva soltanto essere effettuato, sia mediante navi olandesi a elica che ricevessero un salvacondotto tedesco, sia mediante una nave-ospedale che si recasse a sud della Francia, fuori della zona marittima nella quale il traffico era interdetto, in modo che il trasporto avvenisse per via della Svizzera. Gli stessi mezzi di trasporto sarebbero ormai necessarii anche per gli ulteriori scambi dei prigionieri civili inglesi e tedeschi, che dovrebbero essere effettuati con lo stesso sistema ».

Il *Foreign Office* soggiunge:

« Ci sembrano superflui i commenti sulla natura di tali comunicazioni o sulla mentalità che le ispira ».

Condizioni sanitarie della Germania.

Alla Camera prussiana, discutendosi sulla situazione sanitaria, il ministro dell'Interno rilevò che si hanno casi di vaiuolo e che l'epidemia non è ancora vinta; che essa venne importata da numerosi emigranti della Volinia; che la mortalità per tubercolosi ha subito un aumento; che difterite e morbillo invece diminuirono. L'O. accennò poi ai mezzi per combattere la minacciosa diminuzione delle nascite. Oltre alla migliore cura dei lattanti, anche illegittimi, si può ricorrere a mezzi indiretti, come la decentralizzazione dell'industria, la colonizzazione delle terre incolte, la lotta contro l'esodo dalla terra ed altri mezzi.

Il socialista Nasch chiese la creazione di un Ministero di Sanità. Egli teme che la Germania si avvicini alle condizioni della Francia. Negli ultimi 37 anni avanti alla guerra, la fecondità di Berlino è diminuita della metà; una diminuzione assoluta della popolazione si è evitata soltanto con le misure igieniche per combattere efficacemente la mortalità. Fece poi rilevare la fortissima mortalità nei bambini illegittimi; particolarmente per essi è quindi richiesta una più vigile cura. I socialisti chiedono la statizzazione dell'ostetricia.

Il conservatore Reweldt celebrò il servizio sanitario tedesco, che permette di rimandare alla fronte il 90 per cento dei soldati feriti.

Il capo divisione ministeriale Kirchener dichiarò che l'epidemia di vaiuolo è diffusiva ma non pericolosa.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, resp.

Anno XXIV. *Roma, 4 marzo 1917* Fasc. 10.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Laboratorio Batteriologico dello Stato, in Bergamo.

La comparsa della «trichina spiralis» in Italia.

Prof. G. VOLPINO.

Da parecchie decine d'anni non si parla di presenza della trichina in Italia; ma ora per circostanze nuove, create molto probabilmente dallo stato di guerra, il verme, così comune in altri Stati, segnala la sua presenza anche tra noi con strascico doloroso di parecchi casi d'infezione fra gli abitanti di Bergamo.

Circa un mese fa, le autorità sanitarie di Bergamo avevano infatti dovuto occuparsi di strani casi di infezione dovuti all'uso alimentare di carne e salumi provenienti da una scrofa macellata, a quanto sembra, in istato di salute apparente.

Ma l'animale di cui si tratta doveva essere infetto, perchè molti di coloro che consumarono la sua carne fresca, caddero, come si è detto, ammalati. Ed ammalati di forme cliniche affini caddero pure coloro che mangiarono più tardi la carne salata.

Alcuni frammenti di detti salumi, già sotto sequestro giudiziario, vennero dietro mio invito e dell'egregio dott. Monti, medico provinciale aggiunto, portati in laboratorio dall'egregio dott. Dell'Acqua, veterinario provinciale.

L'interesse alla ricerca in me si era acuito dal fatto dell'incrociarsi nell'ambiente medico

cittadino dei più diversi pareri circa l'origine e la causa di detta malattia. Così mentre l'egregio prof. Forneroli, primario dell'Ospedale, in base ai sintomi clinici più caratteristici aveva avanzato il sospetto di trichinosi per i suoi ammalati, altri sosteneva trattarsi di botulismo, o di infezioni diverse, causate non tanto dalla carne del suino, quanto da quella bovina, che era stata adoperata, assieme alla carne suina, per confezionare i salumi e che avrebbe appartenuto ad animale morto di malattia infettiva.

Io diressi la indagine cercando dapprima di mettere in evidenza il b. botulino ed il b. paratifoso nel materiale a mia disposizione. Ma tanto l'esame diretto, quanto le colture aerobiche ed anaerobiche e gli innesti agli animali, sortivano esito negativo per i suddetti agenti patogeni.

Per queste risultanze si faceva in me sempre più strada l'ipotesi che dovesse trattarsi di un agente patogeno diverso da quelli considerati e principalmente della trichina; ipotesi, resa ancor più verosimile non solo dal fatto che la carne era di provenienza suina; ma anche dai sintomi clinici osservati dal prof. Fornaroli nei suoi pazienti.

La ricerca, eseguita distendendo con gli aghi in una soluzione acquoso-glicerica, addizionata del 0,25 % di acido acetico i pezzetti di muscolo che apparivano meglio conservati, riuscì dapprima infruttuosa. Ma finalmente, in alcuni punti mi riuscì di scoprire alcuni esemplari evidenti del verme incistidato. Due giorni dopo, si faceva l'autopsia d'una donna colpita da una forma morbosa, la cui diagnosi clinica non era stata dal medico precisata; ma che si pensava ragionevolmente che avesse dovuto dipendere dall'uso alimentare di quelle tali carni delle quali si è detto.

L'egregio medico provinciale prof. Balp, che assisteva all'autopsia, raccoglieva un campione di muscoli che inviava per l'esame al mio laboratorio.

Risultò anche da questo esame che erano presenti nei muscoli del diaframma, del collo ed intercostali numerosi e tipici embrioni di trichina; dei quali una buona parte erano ancora liberi, non incistidati e capaci di movimenti attivi, se i preparati venivano tenuti per qualche tempo in termostato.

Meritano pertanto rilievo in questa circoscritta epidemia, che sembra ora arrestata grazie ai provvedimenti presi, parecchie circostanze:

1° il fatto di essere un vero focolaio autoctono dipendente cioè da un originaria infezione di suino in Italia;

2° il modo con cui probabilmente avvenne detta infezione del suino. Parrebbe infatti che l'infezione stessa sia stata portata da militari i quali abbiano avuto seco generi alimentari (carni conservate) provenienti da trincee nemiche ed infette;

3° il fatto che di detto suino fu permessa la macellazione perchè apparentemente sano.

Gli ammaestramenti da derivare sono dunque:

1° la necessità, in questi tempi anormali, per tutti coloro che sono preposti ai laboratori di guerra, di non limitare i loro esami agli agenti patogeni più comuni; ma di estenderli anche a quelle forme che in tempo di pace si era soliti di trascurare;

2° la necessità di riprendere nei rapporti della profilassi della trichinosi, l'esame sistematico delle carni fresche dei suini appena macellati. Quest'esame deve essere fatto subito dopo la macellazione da personale istruito *ad hoc*.

Gli altri provvedimenti profilattici sono, come è noto: la macellazione obbligatoria dei suini nelle località prossime a quella infetta, la caccia ai topi ed agli scarafagi nelle zone infette, la denuncia dei casi, il sequestro delle carni suine sospette nei negozi, la disinfezione delle feci degli animali ed uomini colpiti, la disinfezione degli ambienti infetti.

Come profilassi individuale si raccomanda una cottura prolungata di oltre due ore della carne divisa in piccoli frammenti.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Un caso di pneumotorace da sforzo per lacerazione di antiche aderenze pleuriche.

Capitano medico Prof. GIUSEPPE LUIGI FIORI
Capo reparto nel 79° Ospedaletto da campo.

Il caso che espongo è stato da me osservato in clientela privata, quindi non ne ho fatto uno studio così minuzioso e ampio come sarebbe stato comodo di fare in una clinica o in uno ospedale e come l'importanza del caso stesso avrebbe suggerito. Ma pure esposto minutamente, quasi come io me l'ero annotato per mia personale istruzione, esso offre uno speciale interesse pratico e io ne faccio omaggio a questa rubrica appunto al pratico dedicata, in questo momento che la sosta delle operazioni militari mi dà tempo e mi spinge a fare lo spoglio della esperienza passata.

Z... B..., marinaio, anni 41, di Lerici (Genova), tipo asciutto, gracile, però bene resistente alle dure fatiche della vita di pescatore, barcaiolo e marinaio di coperta. Soffriva da molto tempo e a lunghi intervalli di un dolore alla base del torace a sinistra e anteriormente in corrispondenza del sesto e settimo spazio intercostale, ma non si era mai dato pensiero di questo disturbo e non aveva fatto cura alcuna.

Il giorno precedente a quello della mia visita il dolore era insorto così violento come non si era mai prima di allora manifestato, e ciò all'improvviso, nell'istante in cui egli spiccava un salto per salire dalla spiaggia nella propria barca. Subito dopo il dolore era comparso un forte affanno con oppressione di respiro e il paziente aveva dovuto mettersi a letto.

Alla visita presentava apiressia (36.4), polso raro (56) e dispnea accentuata. Il dolore persisteva da 24 ore in modo continuo e si esacerbava nelle inspirazioni profonde e più ancora esercitando pressione in un punto circoscritto a livello del settimo spazio intercostale sinistro in corrispondenza della linea ascellare anteriore. Obbiettivamente si riscontrava che la metà sinistra del torace aveva escursioni meno ampie della destra, il fremito vocale tattile vi era abolito, il suono di percussione timpanico profondo, il rumore respiratorio indebolito; a destra il reperto pleuro-polmonare era normale. L'ottusità del cuore era sostituita da suono timpanico. Il fegato era nei limiti normali.

In base a questo reperto feci la diagnosi di pneumotorace restando incerto sulla natura delle cause di esso.

Il decorso della malattia fu breve e favorevole: il dolore e l'affanno già al terzo giorno erano sopportabili. Al sesto giorno l'infermo, individuo di scarsa sensibilità, sentendosi bene non si fece più trovare a letto e d'allora in poi si sottrasse ad ogni ulteriore esame. La terapia fu sintomatica e limitata alla somministrazione di oppiacei per attuire il dolore e le sofferenze respiratorie. Dopo 40 giorni ottenni con molte insistenze di poter visitare il paziente ed egli mi raccontò allora che aveva sofferto affanno ancora per parecchi giorni dopo lasciato il letto, quando faceva sforzi e che a intervalli avvertiva tuttora un leggero dolore puntorio nella sede solita già acennata Obbiettivamente si riscontrava alla percussione in corrispondenza della zona dolorabile al sesto e settimo spazio intercostale per l'estensione di circa 5 cmq. un suono ipofonetico con leggero rinforzo del fremito vocale tattile.

Avrei voluto vedere l'infermo con i raggi Roentgen ma egli si rifiutò: successivamente ho potuto osservare che la malattia non ha avuto strascichi, e che egli non fece per essa alcuna cura.

Il caso riferito pertanto si differenzia in quanto alla eziologia dalla generalità dei casi di pneumotorace.

Questo difatti si avvera ordinariamente come complicanza della tubercolosi polmonare ulcerativa, molto meno spesso è la conseguenza di un processo atrofizzante o distruttivo di altra specie (enfisema interstiziale, cancrena o ascesso polmonare, empiema pleurico, ulcera dell'esofago e dello stomaco) però la causa di gran lunga più comune è la tubercolosi polmonare e ciò è tanto vero che pneumotorace spontaneo e tubercolosi polmonare si presentano alla mente del pratico quasi uniti da rapporto causale necessario. Nel caso nostro invece la tubercolosi polmonare può essere messa sicuramente fuori causa, non solo perchè non vi furono manifestazioni palesi prima della insorgenza del pneumotorace, ma sopratutto perchè la malattia non avrebbe potuto assumere un decorso così favorevole in un individuo che non fece alcuna cura. Oltre a ciò la insorgenza di esso deve ritenersi indipendente dagli altri processi sopra ricordati (enfisema polmonare, cancrena, ecc.); dei quali non esisteva prima e non si manifestò successivamente alcun sintomo. E pertanto, escluse queste condizioni eziologiche, a quali dobbiamo riconnettere l'evento in esame?

È stato ammesso il pneumotorace primitivo da sforzo insorgente nel polmone sano.

Dieulafoy (*Manuale di patologia interna*, traduzione italiana, volume I, pag. 650) dice: « il pneumotorace può apparire rumorosamente in seguito a uno sforzo, sia o no il soggetto enfisematoso. Un enfisematoso può egualmente essere colpito in modo brusco da pneumotorace anche quando non ha fatto sforzo ».

Strumpell riferisce d'aver osservato un caso di pneumotorace insorto in una donna con polmone sano in seguito allo sforzo di stendere il bucato e un altro caso insorto in un giovane pure sano per effetto del remare. Altri trattatisti vi accennano più brevemente (Cantani e Maragliano, ecc.). Gagliardi in una memoria riassuntiva, che non ho potuto leggere perchè esaurita, ne ha raccolto 37 casi.

Orbene, nel malato nostro escluso l'intervento delle cause ordinarie del pneumotorace e avuto riguardo alla influenza evidente che sulla sua comparsa ebbe lo sforzo compiuto dal paziente nel saltare dalla spiaggia sulla barca, potrebbe credersi ch'esso fosse appunto un caso di pneumotorace primitivo da sforzo insorto in un polmone antecedentemente sano. Ma invece un esame più attento fa rilevare come esso sia una forma secondaria in cui lo sforzo agì soltanto come causa occasionale determinante.

Difatti un sintomo morboso in esso richiama l'attenzione e dà la spiegazione della malattia: cioè il dolore alla base del torace in corrispondenza del sesto e settimo spazio intercostale sinistro: dolore che il paziente aveva avvertito a intervalli anche in epoca molto anteriore alla insorgenza del pneumotorace molto più in-

tensamente al momento della insorgenza e continuò ad avvertire per un certo tempo dopo la guarigione. Siffatta correlazione di tempo induce ad ammettere un rapporto causale tra il pneumotorace e il processo morboso di cui il dolore era l'espressione precipua: ipotesi tanto più giustificata in quantochè in tal maniera possiamo spiegare i due fatti con una diagnosi unica. Cioè noi possiamo legittimamente ritenere e tenendo conto del modo di comportarsi del dolore toracico in rapporto ai movimenti del respiro e dei sintomi fisici che l'accompagnavano (ipofonesi, rinforzo del fremito vocale tattile) che esso dipendesse da aderenze pleuriche, secondarie a un processo di pleurite pregressa. E in conseguenza possiamo ritenere che lo sforzo che il paziente compì nel saltare dalla spiaggia sulla barca abbia prodotto in causa della distensione polmonare la lacerazione di una briglia al suo impianto nella pleura viscerale e quindi l'insorgenza del pneumotorace.

Una obbiezione si può fare, è vero, contro l'ammissione della pleurite ed è che di essa non si hanno tracce nella anamnesi del paziente. Ma è una obbiezione che si può facilmente distruggere avendo presente la circostanza che il paziente era di scarsa intelligenza e di sensibilità molto grossolana, cosicchè viene spontaneo ed è giustificato l'ammettere che la malattia per lui decorse lentamente o fu trascurata passando con altro nome per una forma del tutto lieve.

Concludendo, il caso riferito per il particolare meccanismo patogenetico che gli ha dato origine (lacerazione superficiale del polmone per strappamento di una aderenza pleurica secondaria a una vecchia pleurite spenta) è interessante per lo studioso come rarità casistica, ma è anche interessante per il pratico e io ho voluto esporlo specialmente per questo.

E cioè è importante che il medico pratico abbia presente la possibilità di così fatte forme di pneumotorace come questo insorgente in un polmone apparentemente sano e affetto solo da postumi di processi morbosi spenti e anche sano effettivamente (Dieulafoy (1)-Strumpell (2) poichè tali forme hanno tendenza a guarire spontaneamente, senza l'intervento di speciali sussidi terapeutici, onde se il curante dà il suo giusto valore alla iniziale insorgenza dei sintomi può raccogliere facili soddisfazioni.

L'aneddoto che ora riferisco nel mentre conferma la rarità della patogenesi considerata prova anche la rarità di quanto ora ho detto.

Avendo interrogato vari colleghi per sapere se ad altri fosse capitato di osservare casi di pneumotorace insorti in modo somigliante a questo da me osservato, trovai che ad uno solo di essi ne era capitato un caso in circostanze professionali caratteristiche.

Egli era stato cioè chiamato a consulto presso un infermo che già curavano assieme altri due medici, i quali, avendo constatato la fenomenologia del pnoumotorace senza la presenza di tubercolosi o di enfisema, erano molto incerti sopratutto circa la prognosi.

Ho detto prima che così fatte forme di pneumotorace comportano una prognosi favorevole. Ciò è dimostrato dalla esperienza dei casi osservati e, voglio aggiungere, concorda con le idee che si vanno ora affermando circa il valore del pneumotorace per sè e i suoi effetti benefici sulle ferite polmonari, anzichè dannosi come prima credevasi (pneumotorace terapeutico).

(1) DIEULAFOY. Loco cit.

(2) STRUMPELL. *Lehrb. d. Spezial. Pathol. und Therapie.* Leipzig, 1909.

NOTE E CONTRIBUTI.

La reazione di Moritz-Weisz nelle urine dei tubercolosi.

per la dott.[a] CLELIA LOLLINI
assistente degli Ospedali Riuniti di Roma.

Nel 1907 Moritz-Weisz, partendo dal concetto che la diazoreazione di Ehrlich sia dovuta all'ossidazione dell'urocromogeno in urocromo, pensò di usufruire dell'azione ossidante dei permanganati per mettere in evidenza tale sostanza nelle urine. Sorse così la reazione di Moritz-Weisz che fu più estesamente dall'autore pubblicata nel 1910 e che per la sua importanza diede luogo a molte ricerche e all'estero e in Italia.

Come per ogni nuovo trovato della scienza, vi fu chi volle esaltarne il valore e chi deprimerlo. Riassumerò brevemente gli studi più importanti dei vari autori.

Moritz-Weisz dette alla sua reazione non solo valore diagnostico per la tubercolosi polmonare, ma anche valore prognostico, nel senso che il trovare positiva la reazione deporrebbe per una prognosi infausta: egli infatti la rinvenne costante nei casi gravi che dopo breve tempo ebbero esito letale. Nelle forme morbose acute la reazione positiva avrebbe valore diagnostico dubbio, perchè sarebbe presente anche nelle forme tifose.

A uguali conclusioni vennero Vitry e Mlade-

noff che furono i primi in Francia a ricercare la reazione; essi inoltre non la trovarono mai presente negli individui sani.

Mademoiselle Cottin trovò positiva la reazione nella maggior parte dei tubercolosi qualunque ne fosse lo stadio, inferendone un alto valore diagnostico.

Laignel-Lavastine e Grandjean invece ebbero la reazione positiva solo nei tubercolosi di 3° grado e in questi nella totalità.

Tecon e Aimard, che sperimentarono su larga scala, limitarono nelle loro prime ricerche (1913), il valore della reazione, poichè la trovarono positiva anche in individui sani, ma recedettero da tale asserto in nuove osservazioni (1914), avendola trovata positiva solo in tubercolosi al 3° stadio e in questi nella proporzione del 56 %, ed in studi comparativi fatti tra la reazione di Moritz-Weisz e la diazoreazione di Ehrlich inferirono la superiorità della prima sulla seconda, perchè più sensibile, più semplice e più facile. Nei malati tubercolosi trattati col pneumatorace di Forlanini la reazione di Moritz-Weisz sarebbe quasi sempre negativa.

Salustri fu quegli che primo pubblicò le sue ricerche in Italia: trovò negativa la reazione in malati acuti, fatta eccezione dei tifosi, in cui del resto lo stesso Weisz e la maggior parte degli autori la rinvennero quasi sempre presente; la trovò pure negativa negli individui sani, nei malati cronici non tubercolari; la rinvenne invece presente nei tubercolosi gravi, anzi mise in evidenza il parallelismo tra la intensità e la costanza della reazione rispetto alla gravezza della infezione tubercolare, nel senso che quando la reazione è presente per più giorni, anche se le condizioni generali sono discrete, la prognosi è sempre infausta: e concluse con Ferrantini dando un valore relativo e non assoluto alla reazione, come del resto per tutte le altre reazioni umorali proposte fino ad oggi per la diagnosi della tubercolosi. Notò inoltre che nei tubercolosi gravissimi alcuni giorni prima della morte la reazione da positiva diviene negativa. Questo fenomeno, che sembra paradossale, fu poi osservato da Ciccarelli e Valbusa, da Rodano e Della Porta.

Ott e Rossi negano ogni valore alla reazione, perchè questa si avrebbe costantemente in qualunque persona sana; così Max Cantoni e così Dufour.

Pignacca invece non la ottenne mai in individui sani, ma costantemente e solo in malati tubercolosi; ugualmente Ciccarelli e Valbusa, Pierret e Leroy.

Secondo Tulliato la reazione non ha valore diagnostico perchè presente in quasi tutte le malattie infettive, ma ha valore prognostico, conducendo, se rimane costante, all'esito letale: è da preferirsi alla diazoreazione perchè di tecnica più semplice e più breve.

Zanini ha fatto osservazioni su larga scala e ha trovato che la reazione di Moritz-Weisz si ha in tutti gli stati febbrili (morbillo, polmonite, ecc.); così pure Bruni, ricercando la reazione in malattie chirurgiche, l'avrebbe trovata positiva in molte affezioni acute febbrili: la reazione non avrebbe neppure valore prognostico, essendo positiva solo in casi di gravità clinica palese.

Date le numerose divergenze che ancora sussistono sull'importanza della reazione, mi piacque, trovandomi assistente nel Primo Sanatorio Italiano di Pineta di Sortenna nell'Alta Valtellina, diretto dal dott. Zubiani, di ricercare la reazione nel forte numero di malati che si offrivano al mio studio.

Per la reazione di Moritz-Weisz usai la tecnica già proposta dallo stesso autore e che non ha mai subìto sostanziali modificazioni.

Si mettono in una provetta alcuni centimetri cubici di urina fresca filtrata e si diluiscono con due volumi di acqua distillata: reso omogeneo il liquido col capovolgere la provetta, se ne versa una metà in un'altra provetta che servirà di controllo: alla provetta di saggio si aggiungono da III a V goccie di una soluzione acquosa di permanganato di potassio all'1 : 1000 e si agita fortemente: se la reazione è positiva, l'urina assume subito un bel colore giallo-oro: se la reazione è negativa, l'urina mantiene lo stesso colore o diviene giallo-bruna. Bisogna però badare a non confondere le due colorazioni, una di giallo-oro intenso e l'altra di un giallo-bruno, deponendo l'una per la positività e l'altra per la negatività della reazione. Un po' di pratica impedisce facilmente ogni causa di errore: in caso di reazione dubbia basta aggiungere alcune goccie alla provetta di saggio: se la reazione è positiva la tinta giallo-oro diviene più intensa: se è negativa si ha un aumento della tinta giallo-bruna. Se l'urina è di colore pallido, basterà diluirla con un uguale volume di acqua distillata. Non impediscono la reazione la presenza di albumina e di zucchero (Tecon e Aimard): la reazione può invece aversi per la presenza nelle urine di antipirina, di criogenina (Foare) e di maretina (Ott e Rossi).

Dicemmo che Moritz-Weisz attribuì la reazione all'azione ossidante del permanganato, che farebbe svolgere l'urocromo dall'urocromo-

geno. Secondo Ott e Rossi invece il colore giallo sarebbe dovuto all'ossidazione del permanganato in ossido di manganese. Secondo altri autori la reazione si avrebbe per la presenza nell'urina di speciali prodotti di disintegrazione dei tessuti quali l'acido ossiproteico (Spath, Bocchi e Ghelfi). Pierret e Bardou attribuiscono la reazione all'allantoina, che deriva dal metabolismo delle purine e quindi dei nucleoproteidi. Ultimamente Weisz ha pensato che la reazione avvenga per la presenza di polipeptidi.

Qualunque sia la ragione chimica della reazione, essa ha il vantaggio di essere semplice e di facile applicazione clinica.

Le mie ricerche furono fatte sulle urine di 106 malati e ripetute più volte con risultati quasi sempre costanti. Ricercai parallelamente la diazoreazione di Ehrlich per poter compiere uno studio comparativo sul valore delle due reazioni.

Ho adottato per chiarezza e semplicità la solita classificazione che divide la tubercolosi in tre gradi, a seconda della gravità e dell'estensione del processo: una classifica a parte ho fatto per i malati trattati con il pneumotorace alla Forlanini.

I miei malati si dividono così:

a) 11 malati di 1° grado;

b) 31 malati di 2° grado;

c) 36 malati di 3° grado;

d) 22 malati curati con il pneumotorace.

A) Negli 11 malati di 1° grado, alcuni dei quali senza reperto positivo per i bacilli di Koch, la reazione di Moritz-Weisz fu sempre e costantemente negativa: così pure la diazoreazione.

B) Nei 31 malati di 2° grado la reazione di Moritz-Weisz fu pure sempre negativa: ugualmente la diazoreazione.

C) Nei 36 malati di 3° grado la reazione di Moritz-Weisz fu positiva 10 volte e cioè nel 28 %: in tutti questi casi anche la diazoreazione fu positiva, eccettuati tre casi in cui fu negativa. In altri 2 casi di 3° grado ebbi la diazoreazione positiva mentre la Moritz-Weisz fu negativa. In un malato gravissimo che venne a morte, negli ultimi giorni di vita trovai assenti tanto la reazione di Moritz-Weisz che la diazoreazione, risultato che sembra strano e che già fu osservato, come accennai, dal Salustri, da Ciccarelli e Valbusa e da altri. Forse che nello stato preagonico l'organismo non produce più quelle sostanze di natura non ancora determinata che danno luogo alla reazione? E ciò forse per una mancanza di difesa?

D) Dei 22 casi di malati curati con il pneumotorace solo tre ebbero positiva tanto la reazione di Moritz-Weisz che la diazoreazione e cioè solo il 9 %. In un malato di 3° grado che presentava positiva tanto la Moritz-Weisz quanto la diazoreazione, iniziata la cura del pneumotorace, con il rapido miglioramento clinico divennero dopo dieci giorni negative ambedue le reazioni.

* * *

Dalle mie ricerche sono indotta a concludere che la reazione di Moritz-Weisz rispetto alla tubercolosi ha un valore clinico di scarsa importanza, sia dal punto di vista diagnostico che dal punto di vista prognostico:

a) dal punto di vista diagnostico perchè nei tubercolosi essa si rinviene positiva solo nei malati di 3° grado, nei quali la diagnosi non può rimanere dubbia, sia per i sintomi locali e generali del paziente, sia per l'abbondante emissione, per mezzo dell'espettorato, dei bacilli di Koch: mentre la reazione si rinviene costantemente negativa nei malati di 1° e 2° grado nei quali invece, specialmente per quelli di 1° grado, talvolta la diagnosi non assume valore di certezza per la mancanza del reperto positivo rispetto ai bacilli tubercolari;

b) dal punto di vista prognostico perchè la reazione di Moritz-Weisz si rinviene positiva solo in casi di così manifesta gravità clinica da non apportare che uno scarso contributo per la prognosi infausta.

In quanto al raffronto tra la reazione di Moritz-Weisz e la diazoreazione, ho trovato quasi sempre negli stessi malati insieme presenti e ugualmente costanti le due reazioni: quella di Moritz-Weisz avrebbe il vantaggio rispetto alla diazoreazione di una maggiore semplicità, ma non di una maggiore sensibilità.

Ritengo adunque che tanto la reazione di Moritz-Weisz quanto la diazoreazione di Ehrlich siano due ricerche coadiuvanti lo studio dei malati tubercolotici, ma che non possano assurgere a significato diagnostico e prognostico.

SERVIZI SANITARI.

R. Clinica di Odontoiatria e Prostesi dentaria della R. U. di Roma.

L'odontoiatria potrebbe ridare all' Esercito più di centomila uomini, ora riformati o dichiarati inabili alle fatiche di guerra.

Prof. ANGELO CHIAVARO
Magg. med. della Croce Rossa Italiana.

Le osservazioni fatte con molta competenza dal maggiore medico prof. Felice La Torre riguardo all'art. 56 dell'elenco delle imperfezioni ed infermità che sono causa d'inabilità al servizio militare, nel suo lavoro sull'argomento, apparso nel fasc. 5 del *Policlinico* (28 gennaio 1917), dimostrano che alle stesse conclusioni a cui già da molto tempo siamo arrivati noi specialisti in odontoiatria, debbono logicamente giungere anche i medici generici o esercenti altre specialità, addetti ai servizi sanitari militari, e specialmente quelli, che facendo parte dei consigli di leva, più spesso di altri hanno occasione di constatare che moltissimi uomini veramente validi vengono sottratti all'Esercito in forza di quell'articolo. Certamente ciò avviene in parte, come giustamente fa osservare il prof. La Torre, per una non giusta interpretazione dell'articolo stesso.

Questo infatti dice:

Art. 56. — *La mancanza o la carie estesa e profonda di un gran numero di denti, per modo che quelli che rimangono siano insufficienti alla masticazione, il che può principalmente accadere quando gli esistenti in una mascella diventano inutili per la mancanza dei loro corrispondenti nell'altra.*

Secondo questa disposizione non dovrebbero dunque venire esonerati dal servizio delle armi tutti quelli, a cui pur mancando molti denti o avendone molti cariati, si trovano nondimeno in condizioni di poter compiere una buona masticazione, sia perchè i denti mancanti o cariati non sono essenziali per la funzione masticatoria, sia perchè sono stati sostituiti o curati.

Io credo però e so di avere in questo consenzienti tutti i colleghi odontoiatri italiani, che l'art. 56, se era opportunamente in vigore nei tempi in cui l'unica cura razionale ed efficace per le malattie dentali sembrava essere l'estrazione dei denti malati, non ha più ragione di esistere oggi, che l'odontoiatria è eminentemente conservativa e, come tutte le altre specialità medico-chirurgiche, fa parte del servizio sanitario dell'Esercito e della Marina, oggi che questo ramo della medicina e chirurgia può restituire la piena efficienza della funzionalità masticatoria a qualunque uomo, in età di poter compiere il servizio militare, anche se sprovvisto completamente di denti, senza gravare per questo sull'economia dello Stato.

Non è dunque una modificazione dell'art. 56, ma la sua obrogazione che io ritengo necessaria, e poichè l'argomento è stato ripetutamente trattato nella stampa medica e politica, credo ora mio dovere di esporre anche le mie idee in proposito, sicuro di ottenere il più ampio consenso della classe medica italiana, perchè il chiesto provvedimento è giusto, equo e morale nel riguardo degli uomini chiamati alle armi ed è vantaggioso per l'Esercito e per lo Stato.

*
* *

Fra tutte le grandi nazioni belligeranti solo l'Italia contempla la mancanza o la carie dei denti come causa d'inabilità al servizio militare e questa disposizione ha sottratto certamente al servizio attivo dell'Esercito più di centomila uomini validi. Infatti dalle statistiche militari, che ho potuto consultare, risulta che i riformati per mancanza o per carie estesa e profonda di un gran numero di denti nelle leve del decennio che va dal 1882 al 1892 furono sedici mila settecento cinquantatrè e siccome le leve posteriori sono state più numerose, si può calcolare che nei restanti anni, dal 1893 al 1917, tutti i riformati per l'articolo 56 ammontarono a più di sessantamila.

Presentemente risulta in modo sicuro, sia a me come agli altri colleghi, che sono addetti ai quattro «Reparti ferite mascellari e odontoiatria» della zona territoriale, che sono in numero grandissimo i soldati dichiarati permanentemente inabili alle fatiche di guerra o riconosciuti tali dopo alcuni mesi di servizio, perchè sofferenti di disturbi gastro-intestinali (con o senza grave deperimento od oligoemia), malattie che non riconoscono altra causa all'infuori di una insufficiente o impossibile masticazione. Questi soldati, addetti a servizi sedentari, passano la maggior parte del tempo negli ospedali, con danno non lieve della economia dello Stato, che non ricava alcun profitto dal loro servizio, mentre ne sopporta le maggiori spese di ospedalizzazione. Aggiungendo ai circa sessantamila riformati per mancanza di denti quest'altra categoria, certo non meno numerosa, di non idonei alle fatiche di guerra, si ha un numero rilevantissimo che certamente supera di molto i *centomila uomini*, i quali potrebbero essere resi, o perfettamente idonei alle fatiche di guerra o idonei ai servizi

territoriali, curando i loro denti e provvedendoli di apparecchi di prostesi fissi o amovibili per rendere efficiente la masticazione.

Potrà sembrare a tutta prima che ciò implicherebbe per lo Stato una spesa considerevole, come erroneamente è stato fatto notare da qualcuno in un memoriale presentato alle Autorità superiori, che ne sono rimaste scoraggiate, ma i fatti hanno dimostrato in tutti gli Stati belligeranti che la cura, compresi gli apparecchi di prostesi, apporta invece allo Stato una grandissima economia. Infatti la spesa di ciascun apparecchio, a seconda del numero dei denti mancanti, può costare allo Stato una spesa viva di poche diecine di lire e le cure dentarie rappresentano una spesa veramente minima, specialmente ora, che esistono nei quattro Ospedali principali di Milano, Bologna, Roma e Palermo « Reparti per ferite mascellari e odontoiatria » ampiamente provvisti di tutti i mezzi adatti, cosicchè basterebbe aumentare solamente il numero dei meccanici-dentisti per poter costruire nel minor tempo possibile gli apparecchi necessari. Tale provvedimento potrebbe anche avere carattere provvisorio e valere solo durante il periodo di guerra. Ora, se si considera che ciò facendo si rimettono nel servizio attivo dell'Esercito e della Marina uomini, che altrimenti dovrebbero venire riformati, *dopo essere rimasti per molti mesi negli ospedali militari*, costando allo Stato un minimo di circa lire sei al giorno, e se si pensa che si può così accrescere gradatamente il contingente attivo dell'Esercito di più di centomila uomini, si può avere un'idea esatta di quale beneficio potrebbe riuscire una disposizione del Governo del Re ed un'organizzazione che facesse raggiungere questo scopo.

Inoltre l'abrogazione dell'art. 56 rappresenterebbe un provvedimento di alta moralità, facendo cessare lo sconcio, già più volte lamentato, delle simulazioni a cui molti ricorrono per sottrarsi al servizio militare, valendosi dell'art. 56. il quale dà diritto a riforma definitiva. Esso pone così quelli che possono farlo valere a loro favore in condizioni privilegiate rispetto ai riformati per altre cause, i quali vengono dichiarati rivedibili e possono venire dichiarati abili in una seconda visita, dopo avere ottenuto la guarigione, sottoponendosi a cura medica o ad operazione chirurgica, mentre il riformato per mancanza o carie di denti non subirà altre visite, anche se il suo apparato dentario, razionalmente curato, funzionerà in modo perfetto.

Questo fece notare il prof. Beretta, direttore della R. Clinica di Odontoiatria e Prostesi dentaria nella R. Università di Bologna, nel suo lavoro *Il problema odontoiatrico nell'Esercito*, pubblicato nel periodico *La Stomatologia*, di Milano, fascicolo di aprile 1916, dove egli enumera anche i molti sotterfugi e trucchi, a cui possono ricorrere quelli che vogliono avvalersi, anche sapendo di non averne diritto, dell'art. 56, di cui il Beretta fu uno dei primi a proporre l'abrogazione.

Questo provvedimento non può certamente considerarsi come ingiusto, poichè, come mi faceva notare il mio illustre Maestro prof. senatore Francesco Durante, gli uomini a cui mancano anche un gran numero di denti non vengono considerati nelle loro famiglie come malati, ma essi lavorano e vivono come tutti gli altri ed ugualmente perciò possono lavorare e vivere al pari degli altri anche nell'Esercito. Infatti in tutte le altre grandi nazioni europee alleate e nemiche vengono indistintamente arruolati uomini anche completamente sdentati. E mi consta che alla nostra fronte di combattimento l'art. 56 è di fatto abolito.

Il provvedere di apparecchi di prostesi dentaria tutti i militari di terra e di mare che ne hanno bisogno *e che li richiedono* deve considerarsi però come una necessità, non solo per il beneficio che ne deriva all'individuo, ma anche per assicurare l'efficienza del servizio a cui l'individuo è chiamato, come pure nel riguardo economico, perchè solo con tale provvedimento si potrà impedire che militari, ai quali mancano numerosi denti, popolino continuamente gli ospedali, accusando disturbi gastro-intestinali per mancante o deficiente masticazione.

L'imporre le cure dentarie agli uomini che ne hanno bisogno non può certamente considerarsi come una violazione della libertà individuale, anche se tale cura richiede l'applicazione di apparecchi di prostesi. A questo proposito fa delle considerazioni molto giuste il prof. Ludovico Coulliaux di Milano in un suo lavoro pubblicato negli *Annali di Odontologia*, fascicolo di gennaio 1917, nel quale egli pure invoca l'abrogazione dell'art. 56.

Egli dice: « Può dirsi violazione di libertà « personale imporre una cura che non metta « a repentaglio la vita dell'individuo, una cu- « ra che ne migliora le condizioni locali e le ge- « nerali e per la quale gli abbienti spendono « somme cospicue? Ma quale mai violazione « maggiore dello strappare un uomo al proprio « lavoro, alla propria famiglia, alle proprio opi- « nioni, al proprio benessere morale e materale, « e costringerlo a battersi in campo fra disagi e « fatiche e facendo persino sacrificio del suo « massimo bene, che è il diritto alla vita? Pare « anzi a me che con quest'obbligo alla cura di « sè stessi (che per vero si è già iniziato con

« le vaccinazioni, le iniezioni anticolerose, anti-
« tifiche, antitetaniche) l'Esercito, che fu de-
« finito la grande scuola della nazione, allar-
« gherebbe grandemente il campo suo di in-
« segnamento ».

***

Abolito l'art. 56 si dovrebbero far curare ambulatoriamente, *non ospedalizzandoli se non nei casi di vera necessità,* tutti i soldati a cui manca un certo numero di denti, tutti quelli che hanno denti cariati, gengiviti, fistole gengivali e altre malattie dentali e gengivali e che per tali cause non possono ben masticare e soffrono di disturbi gastrici o intestinali. Questi uomini dovrebbero essere concentrati nei depositi dei corpi d'armata delle città dove esistono ambulatori militari di odontoiatria, forniti di personale e mezzi sufficienti per poter provvedere gradatamente alle cure dentarie ed alla costruzione dei necessarî apparecchi. Tutti questi uomini non dovrebbero rimanere inattivi durante il periodo della cura, ma potrebbero venire addetti a servizi ausiliarî, col permesso di recarsi all'ambulatorio odontoiatrico durante le ore stabilite per la cura.

In Inghilterra, in Germania, negli Stati Uniti d'America già prima della guerra si curavano i denti ai soldati, sostituendo i mancanti a spese dello Stato, giacchè la mancanza anche di tutti i denti non è considerata come causa di riforma.

Il dott. Bebb, un capitano medico odontoiatra inglese, che incontrai poche settimane fa a Parigi, al Congresso Dentario Militare interalleati, mi diceva che nell'ambulatorio odontoiatrico da lui diretto nelle retrovie della fronte inglese aveva fatto applicare in un solo mese a soldati inglesi ventimila denti artificiali.

In Francia sono stati istituiti durante la guerra 23 grandi centri di odontoiatria, destinati esclusivamente alle cure dentarie e alla costruzione di apparecchi di prostesi dentaria per i militari, a cui mancano denti o che soffrono di disturbi gastro-intestinali causati da malattie dentali o da mancanza di denti. Tali centri sono stati infatti chiamati *Centri per gli sdentati* (*Centres des édentés*). Si calcola che in Francia siano 250.000 gli uomini che hanno bisogno di apparecchi. A 50.000 di essi era già stato provveduto alla fine di novembre 1916 e si lavora dai miei colleghi francesi con grande lena e amor di patria per utilizzare gli altri 200.000 ridonandoli al servizio delle armi.

Tutto ciò può dare un'idea della grande importanza che è stata riconosciuta a questo servizio anche in Francia. Io ho constatato personalmente che in un solo centro, quello di Parigi, si costruiscono presentemente circa ottocento dentiere al mese: sono in tutto circa quattromila cinquecento soldati al mese che il servizio odontoiatrico rende in Francia all'esercito, e queste cifre verranno più che quintuplicate se verrà accordato agl' odontoiatri francesi il richiesto aiuto di altri meccanici dentisti.

Il servizio speciale per i nostri sdentati non richiede nè nuovi impianti, nè nuovo personale, all'infuori dell'aumento di numero degli odontotecnici (molti dei quali attualmente sono erroneamente adibiti al servizio militare ordinario) nei quattro « Reparti ferite mascellari e odontoiatria » di Milano, Bologna, Roma e Palermo, nei quali vi è tutto quanto occorre per la costruzione di apparecchi di prostesi dentaria amovibili e inamovibili.

***

Questo servizio speciale credo si potrebbe presso a poco regolare così:

1. Il militare che desidera sostituire i denti mancanti con altrettanti denti artificiali potrebbe rivolgere per via gerarchica apposita domanda scritta al Direttore di uno dei quattro Ospedali militari principali di Milano, Bologna, Roma o Palermo, dove esistono i « Reparti ferite mascellari e odontoiatria » a seconda del Corpo d'Armata a cui il militare appartiene (1).

2. I militari sdentati, la cui domanda sarà stata accolta, verranno riuniti in plotoni speciali e aggregati ad una caserma della città, nella quale dovranno essere curati. Ivi dovrebbero continuare la loro istruzione militare, recandosi in determinate ore al « Reparto ferite mascellari e odontoiatria » per la cura dei denti malati e la sostituzione dei mancanti.

3. Le spese vive per la costruzione degli apparecchi (denti artificiali, metalli, cera, caucciù, ecc.) potranno aggirarsi da un minimo di poche lire ad un massimo eccezionale di poche diecine di lire (adoperando materiale e sistemi di lavorazione speciali) e saranno a carico del Ministero della Guerra per gli uomini di truppa. Trattandosi di ufficiali le spese vive verranno invece loro addebitate.

4. Il militare che entra in possesso di un apparecchio di sostituzione di denti mancanti (apparecchio di prostesi dentaria) ne diviene direttamente responsabile come di qualunque

(1) Vedi *Il Policlinico* Sez. pratica, fasc. 5, 26 gennaio 1917, pag. 143 e *Annali di Odontologia*, gennaio 1917, pag. 47.

oggetto del suo equipaggiamento. L'apparecchio verrà annotato nel suo libretto personale e nel foglio matricolare del Comando Deposito del Reggimento, al quale il militare appartiene. Se il militare perde o distrugge l'apparecchio, verrà a lui addebitata la somma corrispondente al valore di esso.

5. In caso di rottura dell'apparecchio di protesi dentaria, la spesa di riparazione, sempre di poche lire, dovrà addebitarsi al militare, il quale avrà così interesse ad aver cura del suo apparecchio. La riparazione potrà venire eseguita, sia nel «Reparto ferite mascellari e odontoiatria» dove l'apparecchio fu costruito, sia in un simile Reparto della zona di guerra, come anche in uno dei numerosi «Ambulatori odontoiatrici» militari o della C. R. I. degli Ospedali territoriali o della zona di guerra, a seconda della residenza del militare, il quale non dovrà quindi spostarsi se non in casi eccezionalissimi e dietro parere del sanitario competente.

***

Credo che simile progetto, il quale non costituisce un aggravio per lo Stato, ma elimina invece per molti militari le spese di ospedalizzazione, moltissimo più gravose di quelle che richiede un apparecchio di protesi dentaria, dovrebbe trovare la sua pratica applicazione.

Il diritto di avere apparecchi di protesi dentaria e le necesarie cure dei denti dovrebbe estendersi anche ai militari, che pure avendo apparentemente un sufficiente numero di denti, non posono compiere la masticazione normalmente, perchè i denti che mancano sono essenziali per la masticazione o perchè quelli che restano non hanno un sufficiente numero di denti antagonisti. Mi consta che in zona di guerra sono molti i militari che si trovano in simili condizioni e che soffrono continuamente di gastro-enteriti, le quali vengono curate con palliativi, giacchè gli specialisti in odontoiatria non sono autorizzati ad applicare il solo rimedio efficace, che consisterebbe nel fornire tali militari dei mezzi adatti per una buona masticazione.

Sapendo con quanta solerzia e con quanto zelo ed amore S. E. il Ministro della Guerra, S. E. il Ministro della Marina, S. E. il Ministro per i Servizi Sanitari e le Superiori autorità militari si occupino di tutto ciò che può arrecare un miglioramento al servizio sanitario militare, spero che questo progetto sia preso in seria considerazione e che abbia una prossima attuazione, nell'interesse supremo del Paese, giacchè l'invocato provvedimento riuscirà senza dubbio di grande beneficio individuale ai nostri prodi soldati e marinai e di grande vantaggio all'efficienza dell'Esercito e della Marina, a cui apporterà in poco tempo, come ho dimostrato, un nuovo contingente *di più che centomila uomini.*

Roma, 9 febbraio 1917.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sulle alterazioni del cuore in guerra.

Il prof. F. Wenckebach (*Medizinische Klinik*, aprile 1916) ha tenuto su quest'argomento una conferenza a medici militari; la riassumiamo per i nostri lettori data l'importanza dell'argomento e la molta autorità dell'A. Egli si pone il quesito dell'idoneità ai servizi di guerra degli uomini affetti da lesioni cardio-vascolari e, eventualmente, del modo migliore di utilizzarli.

Per procedere con ordine, l'A. distingue il materiale clinico in due grandi gruppi.

A) Le malattie di cuore *indiscutibili*: 1, i vizi valvolari e orifiziali del cuore; 2, le malattie del muscolo cardiaco; 3, le malattie di cuore con disturbi obbiettivi del circolo.

B) Le malattie di cuore *incerte*: 4, modificazioni nel volume del cuore; 5, modificazioni del reperto ascoltatorio; 6, l'aritmia; 7, la tachicardia; 8, modificazioni arteriose e della pressione sanguigna; 9, fenomeni subbiettivi senza alterazioni obbiettive.

A) 1. I vizi valvolari e orifiziali del cuore formano i casi più facili per la diagnosi e per il giudizio. A un esame minuzioso queste lesioni non possono sfuggire e la legge militare è esplicita considerando tali ammalati come inabili al servizio. Tuttavia non è raro osservare dei casi di leggera insufficenza aortica e mitralica, in cui la lesione fu ben tollerata malgrado che i portatori di tali lesioni siano a volte stati esposti alle più dure fatiche di guerra. Questa constatazione non può però permettere di modificare il criterio generale di riforma, perchè vi è sempre il pericolo di un aggravamento della lesione e di una recidiva dell'endocardite.

2. Lo stesso vale per le malattie del muscolo cardiaco ben accertate, però qui il problema diagnostico è considerevolmente difficile. Nessuna diagnosi è più fallace di quella di miocardite. Molti sintomi, come l'aritmia, la tachicardia, la dilatazione passeggiera del

cuore, i quali, prima erano senz'altro attribuiti a una lesione muscolare, hanno oggi perduto molto del loro valore specie per quanto riguarda l'aritmia. Per non cadere in errore dovranno essere catalogate come miocarditi ben accertate quelle lesioni nelle quali esiste una notevole ipertrofia del cuore, accentuate alterazioni sclerotiche dei vasi, manifesti disturbi del circolo nel polmone, nel fegato e nel rene. Quando mancano questi sintomi grossolani è più prudente far rientrare le lesioni nel gruppo delle malattie *incerte* e sottoporre poi gli ammalati a un esame speciale. È chiaro che una grave miocardite è incompatibile con un buon compenso e che gli individui colpiti sono inetti a qualsiasi servizio militare.

3. Fra le malattie del cuore con disturbi obbiettivi del circolo l'A. indica la pericardite, la sinfisi, l'aortite grave, l'aneurisma, ecc. Tali forme solo di rado vengono osservate; la diagnosi presenta gravi difficoltà e tali casi devono essere regolarmente sottoposti ad un esame radioscopico. Questi pazienti sono evidentemente inabili ad ogni servizio.

B) Molto maggiori difficoltà offrono al medico le malattie incerte del cuore, le quali formano in gran numero una mescolanza di tutte le possibili lesioni, da quelle più gravi, e che sfuggono all'esame, a quelle simulate. Un giusto apprezzamento è cosa quanto mai difficile ed appunto perciò il medico deve utilizzare tutti i mezzi diagnostici più fini non solo ma deve conoscere il valore, la *dignità* di ogni sintomo quale risulta dalle più recenti investigazioni. Non deve essere ignorato che la sintomatologia delle malattie di cuore presenta ancora molte lacune e che non permette in ogni singolo caso di rispondere affermativamente o negativamente con sicurezza sull'esistenza dei più piccoli disturbi di cuore. In ogni modo ciò non può essere chiesto al medico pratico, il quale per ragioni ovvie non possiede quest'arte difficile.

4. *Modificazioni nel volume del cuore.* In seguito alla constatazione che nelle lesioni cardiache spesso l'organo è aumentato di volume, molti considerano l'aumento di volume del cuore come un segno di malattia. Una tale opinione è sicuramente errata; basta per convincercene considerare il fatto che nei vizi valvolari l'insufficienza è appunto evitata dall'installarsi dell'ipertrofia compensatrice. L'ipertrofia in generale non è una malattia, ma una reazione fisiologica a una richiesta di maggior lavoro.

Accanto all'ipertrofia, la dilatazione del cuore è un'altra causa dell'aumento di volume. La differenziazione tra questi due stati è spesso irta di difficoltà e impossibile anche quando siano presenti un manifesto urto della punta, dei toni netti, un'azione esagerata del cuore davanti allo schermo. Non è senza sorpresa il fatto che nella letteratura medica si parli con tanta facilità di ipertrofia o di dilatazione quando si pensi alle difficoltà di una simile distinzione. La figura del cuore si modifica completamente a seconda della situazione dell'organo nel torace, e questo fatto è in pratica troppo poco conosciuto. La posizione del cuore dipende, sopratutto nelle condizioni fisiologiche, dallo stato del diaframma. Se il diaframma occupa una posizione alta, il cuore è sollevato, la sua figura si allarga, l'aorta s'incurva di più e presenta un'ombra più larga. La punta e il limite destro dell'orecchietta si spostano verso l'esterno, il cosidetto diametro trasverso aumenta, l'ottusità aortica si fa più intensa e più estesa. Quando il diaframma è posto in basso si ha davanti allo schermo la forma del cuore *pendolo* o a *goccia.* Ora per quanto la genesi del cuore a goccia sia da riportarsi alla forma allungata dell'organo, pur nondimeno da molti si parla di una piccolezza costituzionale o acquisita del cuore. In tali circostanze basta l'applicazione di un valido apparecchio contentivo alla Glénard per spingere in alto il diaframma e per dare quindi al cuore una forma e un volume normali.

Un altro fattore di grande importanza che interviene nella produzione del volume del cuore è il suo *riempimento.* È chiaro che nella diastole il cuore si dilata in rapporto con la quantità di sangue che gli arriva. Questo riempimento dipende da due condizioni: dalla lunghezza della diastole e dalla quantità di sangue introdotto. La quantità di sangue dipende da molti fattori extracardiaci: dal tono delle arterie e del sistema nervoso, e specialmente dal riempimento del vasto territorio sanguigno splancnico. Anche la respirazione influisce nel senso che quando il respiro è superficiale si ha un sovrariempimento dell'addome e una quantità minore di sangue arriva al cuore.

Un insufficiente svuotamento del cuore è pure causa del suo aumento di volume, ciò che è spesso considerato come un segno di diminuita tonicità del muscolo cardiaco. Ma vi sono altri fattori che possono intervenire, così ogni alterazione nel meccanismo della pompa cardiaca può condizionare lo stesso fenomeno. Nei casi di accentuata *extrasistolia* si constata allo schermo un aumento di volume del cuore, il quale scompare quando cessa l'aritmia ex-

trasistolica. Lo stesso osservasi nella fibrillazione delle orecchiette alterandosi il meccanismo della pompa cardiaca.

Da quanto si è detto risulta che non è semplice cosa l'affermare se vi è un aumento patologico nel volume del cuore. A questo riguardo la percussione e la palpazione costituiscono metodi insufficienti e solo deve essere adoperata l'*ortodiagrafia*.

Tuttavia anche questo metodo non dà la grandezza, reale, assoluta del cuore, ma solo la figura del viscere, figura che deve essere interpretata con prudenza avendo presente tutti i fattori suaccennati i quali possono modificare il volume del cuore nei limiti strettamente fisiologici. Ne risulta che la risposta alla domanda quale sia il volume o meglio la configurazione normale del cuore, comporta molte difficoltà. Chi ha un po' di pratica dell'esame radioscopico sa come sia appena possibile determinare la forma e il volume normale del cuore anche quando la diagonale dell'organo oscilla tra 12 e 13 cm. Wenckebach ha esaminato un certo numero di soldati scelti fra i più robusti e ha constatato le più svariate forme del cuore. Spesso si osserva una discreta ipertrofia del ventricolo sinistro. In un reggimento di fanteria 47 soldati su 100 mostravano un'ipertrofia di tal natura, e fra questi solo in 5 esisteva una lesione cardiaca.

Dobbiamo quindi concludere che una modica ipertrofia del ventricolo sinistro può solo venir riportata a uno stato morboso quando coesistono altri segni conclamati. Nel cuore a goccia si ha spesso un riempimento insufficiente del viscere e questa particolare situazione del cuore può avere un'influenza sfavorevole sul circolo e sull'attività cardiaca.

Non tutti però gli individui che presentano una tale anomalia debbono essere considerati inabili. Nei casi in cui il diaframma si contrae validamente ed è spostato in basso nell'espirazione si deve concludere all'abilità al servizio militare. In caso contrario si possono presumere dei disturbi circolatori negli sforzi di una certa entità.

5. L'ascoltazione fornisce dati sui toni cardiaci e sulle loro modificazioni patologiche. Si deve sempre ricordare che un rumore di soffio testimonia di un vizio valvolare, solo quando esso presenta un carattere ed una localizzazione tipica.

Mentre i rumori di soffio diastolici sono quasi sempre di natura organica, i soffi sistolici si percepiscono spesso su dei cuori sani. Ciò succede quando la frequenza del ritmo è un po' aumentata e quando le contrazioni cardiache sono energiche (febbre, tachicardia, morbo di Basedow) e nelle varie forme d'anemia. Quanto ai soffi cardio-polmonari, percettibili sul margine del ventricolo sinistro, è spesso difficile affermare la loro presenza con sicurezza. Essi variano d'intensità coi movimenti del polmone e colle modificazioni di posizione. Il soffio anorganico della punta si riconosce generalmente dal fatto che il primo tono è conservato e che il soffio non è più percettibile appena ci si sposta verso sinistra.

Molto più frequenti sono i soffi anorganici della polmonare; essi possono avere una tale intensità che generalmente il medico non specializzato conclude alla presenza di una lesione organica. Sono molto variabili, percettibili nella posizione orizzontale, spariscono in posizione eretta; il contrario è molto più raro. Hanno un timbro raspante, aumentano d'intensità quando il paziente espira profondamente e quando si comprime energicamente la parete toracica. Probabilmente la loro causa risiede nel rapporto immediato dell'ostio polmonare e della parete del ventricolo destro col torace. Thayer ed altri osservatori hanno mostrato che sull'animale in esperimento il più piccolo contatto dello stetoscopio con il cuore dà luogo a rumori, così che è molto difficile ascoltare un cuore a nudo senza percepire rumori. I soffi polmonari sono frequenti nell'età giovanile, rari dopo la quarantina.

Quanto al rapporto che questi soffi possono avere con l'accelerazione cardiaca, con una diminuzione della capacità funzionale del cuore, con leggiere anomalie della regione polmonare, si tratta di questioni che devono essere sistematicamente prese in considerazione. Secondo Wenckebach un tal rapporto non è verosimile, poichè i rumori sono percettibili anche in soggetti completamente normali.

6. L'aritmia merita dal punto di vista della capacità funzionale del cuore uno speciale riguardo. L'antico concetto che l'aritmia significhi miocardite o almeno un'alterazione del muscolo è del tutto caduto. Cuori sani possono sovente battere in modo aritmico.

L'aritmia respiratoria è un fenomeno normale. Le extrasistoli interrompendo il lavoro normale del cuore possono provocare dei disordini funzionali del circolo. Dal punto di vista militare devesi sapere che in alcuni casi le extrasistoli spariscono durante lo sforzo, compaiono nell'inverno, cessano nell'estate o viceversa, non devono allora suscitare una speciale considerazione. In altri casi però le extrasistoli si producono durante lo sforzo, dànno luogo a sensazioni moleste e a disordini del cir-

colo. Non vi è quindi ragione di imporre a tali pazienti un soprappiù di lavoro.

Nei disturbi di conduttibilità si può trattare di fenomeni passeggieri nel corso, per esempio, di gravi malattie o nella convalescenza; non hanno alcun significato prognostico sfavorevole. Quando si tratta di fenomeni permanenti essi sono dovuti a lesioni organiche e i disordini sono naturalmente esagerati dagli sforzi corporei. Quando esiste una dissociazione, un *blocco* del cuore, ciò comporta un'evidente diminuzione della capacità funzionale.

Di speciale importanza è la fibrillazione delle orecchiette. Essa si accompagna con una completa irregolarità del cuore avendosi la così detta aritmia perpetua. Sebbene vi siano casi in cui una tale lesione è relativamente tollerata, pur nondimeno come regola generale tali ammalati non possono venir utilizzati nel servizio militare.

7. Nella *tachicardia* si deve fare una distinzione fra i casi in cui si tratta di una semplice accelerazione cardiaca e i casi di tachicardia parossistica. Ambedue le forme comportano una diminuzione nel riempimento del cuore, nel volume dell'ondata sanguigna lanciata dal ventricolo. Questi pazienti sono quindi inadatti per sforzi violenti.

8. Si devono infine considerare le modificazioni del sistema arterioso e della pressione sanguigna, cioè le varie forme d'arteriosclerosi e d'ipertensione. È ben noto come queste condizioni morbose influiscano sulla capacità funzionale del cuore, ma in qual modo possiamo noi riconoscerle?

La sclerosi centrale si riconosce all'ascoltazione quando il 2° tono aortico è accentuato, clangoroso, all'esame radioscopico dell'aorta, alla palpazione delle carotidi. Spesso la pressione sanguigna è aumentata indicando una nefrite cronica latente. Tali pazienti possono venir utilizzati per servizi territoriali che non comportano fatiche eccessive; in zona di guerra questi soggetti costituirebbero un personale inadatto.

Molti medici dànno importanza alla palpazione delle arterie, metodo quanto mai fallace per chi ha l'abitudine di misurare la pressione sanguigna. Del resto non è la sclerosi periferica, ma quella centrale che comporta un pericolo per il cuore e per la vita del paziente. Gli individui con arterie temporali tortuose sono appunto quelli che vivono più a lungo.

9. Il numero dei casi in cui malgrado l'esistenza di sofferenze cardiache non si constata la più piccola alterazione patologica nell'apparato circolatorio è straordinariamente grande. È necessaria un'esperienza pratica molto lunga e tutta l'arte medica per emettere in questi casi un retto giudizio.

Noi sappiamo che in molte lesioni cardiache gravi fanno difetto le alterazioni obbiettive. Basta ricordare come in non pochi sofferenti di angina di petto, non si constata nulla al cuore e all'aorta, la pressione è normale, l'apparato circolatorio non è in nessun modo alterato.

Nella stessa guisa che davanti allo schermo non è possibile distinguere un cuore allenato, da un cuore non allenato, così è pure difficile distinguere un cuore ammalato da uno sano. In un buon numero di casi possono esistere sofferenze da parte del cuore senza segni constatabili, senza che per questo si sia sempre in presenza di simulatori. Queste sofferenze sono dovute all'intervento di tre fattori principali: alla debole costituzione generale e alla inettitudine fisica; all'influenza psichica; alla diagnosi di un vizio cardiaco inesistente. Molti individui non sono costruiti per le fatiche, dipende ciò da anomalie dei polmoni, del cuore e dei muscoli. Si tratta di impiegati, di cittadini, di insegnanti che abituati ad una vita sedentaria si lamentano del loro cuore senza che per questo l'organo sia ammalato. Grande è poi l'influenza psichica: l'ansia, la mancanza di volontà, le cattive condizioni d'animo inducono in buona fede in tali soggetti delle sensazioni moleste.

In questi casi noi non dobbiamo rendere responsabile il cuore e mai dobbiamo pronunciare la diagnosi di malattia cardiaca, poichè nulla è così deprimente sullo stato d'animo, così paralizzante in riguardo della capacità funzionale come una simile diagnosi. Il paziente è allora portato ad occuparsi sempre del suo cuore anche quando l'attività cardiaca è normale, la fantasia esagera e moltiplica le più piccole sensazioni.

Da quanto si è detto risulta che non solo è molto difficile la diagnosi delle più lievi anomalie del cuore, ma che è pure impossibile di stabilire che il cuore è complessivamente normale. Ed è pure chiaro che la divisione in lesioni organiche e nevrosi cardiache con o senza disturbi funzionali non è sufficiente per permetterci di far rientrare ciò che noi constatiamo nell'uno o nell'altro gruppo.

Per quanto riguarda la capacità funzionale del cuore si è tentato in generale per giungere ad apprezzarla di realizzare delle prove funzionali.

Wenckbach ritiene erroneo il criterio di

misurare la forza e la capacità del cuore in base ai numeri tirati dalla misura della pressione sanguigna.

La pressione sanguigna è sottoposta a numerosi fattori estracardiaci: alla costituzione organica, al grado di esercizio, al genere di vita, alla maniera di respirare, al tono delle arterie e delle vene, allo stato psichico, morale del soggetto; fattori che s'intrecciano senza che sia possibile dominarli, così che le cifre perdono ogni valore. È importante stabilire una buona anamnesi e ricorrere ad un metodo semplice, alla constatazione del come si comporta il paziente dopo un movimento corporeo naturale e a lui usuale. In un certo numero di casi noi osserveremo una così accentuata accelerazione del polso che ci permetterà di escludere il paziente dal servizio militare di guerra.

Se a tutti i soggetti noi lasciamo fare lo stesso movimento, la stessa corsa, o lasciamo montare la stessa scala, ci faremo un concetto del valore di una tale prova funzionale, la quale se non in tutti, in molti casi però ci permetterà di avere un retto criterio sulla capacità funzionale del cuore. Wenckebach e Kaufmann nei casi dubbiosi lasciano il soggetto in riposo durante quattro settimane e lo esaminano dopo questo periodo di tempo. In molti casi è loro riuscito di riconoscere delle alterazioni obbiettive, manifeste del cuore. Malgrado ciò esiste sempre un buon numero di casi incerti, nei quali anche le più delicate ricerche sono senza risultato. Praticamente porterà il migliore giudizio quel medico che possiede una lunga e speciale esperienza. L'ultima parola spetterà all'occhio medico, a quell'arte cioè che non si può definire, ma che esiste indiscutibilmente. C. P.

CHIRURGIA.

Il trattamento conservativo della gangrena degli arti dovuta a trombo-angioite obliterante.

(WILLY MEYER. *Annals of Surgery*, marzo 1916).

Non molti anni fa nei casi di gangrena per trombo-angioite obliterante era necessario, per quanto doloroso, ricorrere alla demolizione; l'A. stesso ricorda un caso occorsogli nel 1890, nel quale fu costretto ad amputare successivamente ambedue le gambe. Ma era naturale che nella sua ulteriore evoluzione la terapia di questo capitolo doveva volgere verso il conservatorismo.

Nel 1893 veniva introdotto il metodo di Bier; ma l'iperemia prodotta dall'aria sopra riscaldata, se riusciva ad alleviare il dolore e a migliorare le condizioni della ferita, non risultò di ausilio effettivo nella cura di questo tipo di gangrena.

Più tardi faceva la sua comparsa, attirando l'universale interessamento, la chirurgia dei vasi sanguigni, che suggeriva al nostro proposito due metodi: l'anastomosi artero-venosa dei vasi femorali e brachiali (Wieting), e la legatura della vena femorale o brachiale (von Oppel). Ambedue ebbero successi e insuccessi e sono tuttora in discussione. Ma va subito tolta di mezzo l'obbiezione basata sui reperti radiografici: che le valvole della femorale non siano sorpassabili da una corrente reflua non v'è dubbio, e perciò non è esatto parlare, dopo l'anastomosi, di inversione della circolazione; ma nulla vieta di pensare che il deflusso sanguigno possa avvenire lungo quei rami della vena femorale che sono sprovvisti di valvole; sta il fatto che la corrente sanguigna è capace di giungere fino all'estremità delle dita, facendosi strada là dove non incontra valvole, spinta dalla «*vis a tengo*» derivata dal cuore sinistro. Il sangue refluo poi scorre ancora attraverso delle branche venose, che non sono state invase dal torrente arterioso. Secondo l'A. i risultati delle iniezioni di sostanza colorante od opaca ai raggi Roentgen non portano a conclusioni certe per quel che riguarda l'efficacia dell'anastomosi artero-venosa; tali iniezioni non sono paragonabili con la circolazione fisiologica del sangue nell'organismo vivente, risultato del delicato lavoro cardiaco coi suoi 60-70 impulsi al minuto.

Quanto al metodo di sutura vasale è da preferirsi l'anastomosi termino terminale alla latero-laterale.

L'A. presenta appunto un caso di trombo-angioite obliterante da lui trattato con l'anastomosi alla Wieting e che è attualmente, a due anni e mezzo dall'operazione, in ottime condizioni generali e locali; nessuna prova migliore si potrebbe offrire del fatto che la circolazione è continuata senza ostacolo. Ma c'è di più: avendo dovuto escidere il primo metatarso e l'alluce, perchè già caduti in necrosi, l'A. potè osservare un'emorragia nettamente arteriosa dalle vene laterali del dito, che richiese la legatura di questi vasi.

Se la legatura della femorale darà anch'essa risultati soddisfacenti certo sarà preferibile, perchè di più semplice applicazione, all'anastomosi; ma, ripetiamo, l'uno e l'altro metodo hanno ancora bisogno di essere esperimentati su più larga scala.

Uno dei « metodi più semplici » nella terapia della gangrena obliterante è costituito dalle ipodermoclisi metodiche di soluzione salina o di soluzione di Ringer. Il metodo è stato proposto, e confortato dai benefici risultati avuti in trenta casi, da G. Koga, assistente di Ito, professore a Kioto (*Zeitschr. f. Chirurgie*, vol. CXXI p. 371); e l'A. ha avuto occasione di discuterne personalmente col Koga stesso e con l'Ito. Secondo il Koga il metodo agirebbe modificando la viscosità del sangue, rendendolo meno denso. Ora noi non abbiamo di fatto un viscosimetro che dia risultati attendibili, nè l'A. giapponese dice di quale strumento si sia servito. Ma un altro allievo dell'Ito, il Mayesima, servendosi del viscosimetro di Hess, era già giunto a queste due conclusioni:

1° Le infusioni saline riducono la viscosità del sangue;

2° Nella gangrena spontanea delle estremità la viscosità sanguigna è più o meno aumentata.

È appunto in base a queste conclusioni che il professor Ito suggerì al Koga di provare clinicamente le ipodermoclisi metodiche.

*
* *

Prima di continuare è necessario trattare brevemente degli altri tipi di gangrena degli arti esponendo i risultati avutisi in questi col trattamento con aria riscaldata o con ipodermoclisi, e cioè:

I. in quei casi di gangrena acuta o meglio fulminante, conseguente all'embolismo delle arterie degli arti come si ha nelle endocarditi croniche fibrinose;

II. in quei tipi subacuti e cronici: diabetico; angiosclerotico, detto anche arteriosclerotico o senile; sifilitico e trofoneurotico o neuropatico.

I. *Gangrena acuta.* — L'A. ne ha avuti cinque casi: tre dell'ascellare, uno della femorale, uno dell'aorta discendente. In base alla sua esperienza ritiene che il trattamento alla Bier se istituito *immediatamente dopo* l'inizio dei sintomi costituisce qui il mezzo terapeutico principe; mentre ha scarso effetto se applicato tardi. La cura radicale resta sempre l'arteriotomia e la rimozione dell'embolo (arteria polmonare, Trendelenburg, 1906; iliaca comune, Murphy 1909; aorta addominale, Bauer 1913), ma essa non è sempre attuabile.

II. *Cangrena subacuta e cronica.* — 1° *Diabetica.* L'A. cita tre casi, e potrebbe ricordarne altri, di gangrena di questo tipo in cui ottenne ottimi risultati, potendo così evitare l'amputazione, per mezzo dell'iperemia arteriosa artificiale alla Bier. Alle stesse conclusioni è giunto De Witt Stetten che ne ha potuto fare una larga applicazione (settanta casi). È ovvio che il metodo non può salvare l'arto gangrenoso di ogni diabetico; il giudizio e l'esperienza del chirurgo debbono decidere quando sia ancora giustificato un tentativo di conservazione e quando si debba amputare immediatamente. Migliori risultati si avranno certamente al primo accenno dei fatti gangrenosi, perchè va ricordato che l'effetto benefico dell'aria soprariscaldata è dovuto alla riapertura dei capillari in collasso. Nè l'ipodermoclisi nè la chirurgia vasale sembra possano avere alcuna applicazione in questo tipo di gangrena. Ciò vale anche per la:

2° *Gangrena angiosclerotica* (*anteriosclerotica o senile*). L'A. cita due casi in cui non ottenne successo nè con l'ipodermoclisi nè con la cura alla Bier (salvo una diminuzione dei dolori). Non v'è dunque altro trattamento che una pronta amputazione, al meglio sopra al ginocchio;

3° *Gangrena sifilitica.* In questo tipo dovrà esser provata la cura specifica insieme con la Bier;

4° *Gangrena trofoneurotica* (*neuropatica*). È questo un capitolo in cui esistono ancora molti punti oscuri per quel che riguarda l'etiologia. Noi siamo sempre inclini a chiamare in causa il sistema nervoso, quando debbano essere escluse tutte le altre cause sopra citate. Secondo un'opinione personale l'A. non sarebbe sorpreso se in casi di difficile spiegazione si dovesse ritenere responsabile delle condizioni locali una affezione del sangue stesso e ciò specialmente in quei casi con « arterie permeabili »; un buon polso si palpa nelle arterie tibrale e peroneale; tuttavia esiste la gangrena; il soggetto è giovane, non ha nè diabete nè sifilide. Qui l'ipodermoclisi sistematica può portar giovamento. L'A. cita un caso di questo genere (di cui riferisce ampiamente la storia), nel quale il metodo di Koga fu seguito da successo.

*
* *

Tornando alla tipica trombo-angioite obliterante, quale si ha in giovani soggetti non affetti da diabete, sifilide o malattia cronica del sistema nervoso, essa dura molti anni e al fine i pazienti ci si presentano in preda a gravi dolori non dominabili coi comuni analgesici, con gangrena locale di qualche dito o di parte del piede, di solito con polso abolito o ridotto nelle arterie della gamba o della mano. Negli

ultimi due anni l'A. ne ebbe ad osservare una quarantina di casi.

Si tratta di soggetti per lo più fra i 30 e i 40 anni non mai sopra i 50. Ne sono affetti solo gli uomini. Nella maggioranza erano ebrei immigrati dalla Russia, Galizia, Polonia; Koga ha riscontrato tale malattia fra i Giapponesi; Oclyner fra gli Svedesi. Secondo l'esperienza dell'A. predomina fra i sarti, ma non ne vanno immuni gli altri mestieri. Per lo più si riscontrò l'abuso di tabacco e condizioni di vita disagiate.

Anatomia patologica. — Leo Buerger ha fatto a questo proposito dissezioni accurate ed osservazioni microscopiche minuziose; egli trovò il lume dei vasi (per lo più gli arteriosi) ristretto od occluso per trombosi. Questa comincia distalmente e si estende in alto. Di solito il trombo principale ha sede nella poplitea piuttosto che nei vasi più piccoli; la scomparsa del polso nelle arterie periferiche quindi non implica l'occlusione di questi vasi che possono rimanere pervî. Buerger conclude per un'entità clinica e patologica; processo di infiammazione acuta combinato a trombosi occlusiva dei vasi; ed è d'opinione che sia dovuto a un processo infettivo. L'A. invece ritiene che anche una modificazione o una malattia del sangue stesso possano esser chiamate in causa (tendenza abnorme alla coagulazione) senza escludere le vedute di Buerger (vedi appresso).

Etiologia. — 1° *Infezione.* Già abbiamo citato l'opinione di Buerger, certamente competente in materia. Ma con essa non si comprende perchè la malattia non abbia ad essere più diffusa e perchè il sesso femminile ne sia immune.

2° *Alimentazione. Anche qui si presenta* subito la difficoltà dell'esclusività del sesso maschile. Ochsner trovò che i suoi pazienti si nutrivano di cibi molto salati; e notò sensibile miglioramento in seguito a dieta clorurata. Ito attribuisce il disturbo a un consumo esclusivo di vegetali; molti Giapponesi sono vegetariani; e tale vitto produrrebbe un insufficiente stato di nutrizione delle pareti vasali. Wieting esprime la stessa opinione.

3° *Tabacco.* Secondo alcuni autori l'avvelenamento nicotinico avrebbe grande importanza; ma se, come vedemmo, molti pazienti sono forti fumatori, non mancano quelli che non usarono affatto tabacco. È noto che questo favorisce lo sviluppo dell'arteriosclerosi, ma tale malattia non ha nulla in comune co nla trombo-angioite obliterante.

4° *Secrezione interna.* Il fatto che le donne sembrano immuni potrebbe giustificare l'ipotesi che qualche cosa particolare al loro organismo le protegga; si pensa subito alla sfera genitale. Forse una secrezione interna ovarica fornisce la protezione contro gli effetti dell'agente nocivo finora ignoto. Alcuni autori trattano empiricamente questi pazienti con estratto tiroideo ecc.

5° *Viscosità del sangue.* È l'opinione dei Giapponesi. A questo proposito è interessante notare che la viscosità nel maschio è più elevata che nella donna.

6° *Proprietà del sangue.* Non sembra plausibile che la viscosità sola possa esser ritenuta responsabile della malattia. La tendenza alla recidiva, dopo che l'ipodermoclisi ha fatto scomparire i disturbi, parla anche contro tale ipotesi. Come è stato detto è opinione dell'A. che la qualità del sangue stesso sia in questi casi alterata e abbia una parte importante nell'etiologia del male.

TRATTAMENTO CONSERVATIVO DELLA TROMBO-ANGIOITE OBLITERANTE.

1. *Aria sopra riscaldata.* — Al contrario che nella gangrena diabetica, qui non ha effetto apprezzabile. Buerger ha visto risultati migliori. Il calore prodotto dalla luce bianca avrebbe maggior efficacia.

2. *Ipodermoclisi con soluzione di Ringer.* — Come già si è detto l'A. ha trattato con ipodermoclisi ripetute (quotidiane o a giorni alterni, fino a 24) una trentina di casi.

Una compressa di soluzione di Ringer è disciolta in 500 cc. di acqua distillata sterile. Fu scelto come sede lo spazio sottoclavicolare o sottomammario o la regione esterna della coscia. Per eseguire osservazioni più accurate i pazienti furono fatti entrare in ospedale e trattenuti fino al termine della cura; ma, per ragioni di economia e per non intralciare il servizio, è consigliabile, a meno che non si tratti di gangrena avanzata, di praticare la cura ambulatoriamente.

L'effetto di questo trattamento fu talora notevole. Spesso il sintomo più importante, il dolore, scomparve, come d'incanto, di solito dopo la 10ª-11ª iniezione. Con ciò ritornarono il sonno ristoratore (perduto da parecchio tempo), l'appetito, l'aumento di peso, il miglioramento dello stato nervoso, l'aspetto florido. Dello stesso passo progrediva il miglioramento locale: localizzazione della gangrena, formazione di buone granulazioni, guarigione, per lo più lenta, di ulcerazioni presenti da mesi.

In alcuni, la minor parte, il miglioramento fu permanente: nei più i sintomi, particolarmente il dolore, ricomparvero dopo un certo

tempo sebbene attenuati. Quasi nessuno dei pazienti dimessi fu capace di camminare per lunghe distanze senza che insorgesse il dolore. Una seconda serie di iniezioni dette spesso risultato favorevole.

Koga vide il miglioramento in tutti i suoi 30 casi. L'A. pur non potendo affermare una tale universale efficacia, ritiene che tale metodo debba occupare un posto importante nella cura della trombo-angioite obliterante.

3. *Anastomosi artero-venosa e legatura della vena femorale.* Vedi sopra.

L'A. crede sia opportuno di provare come terapia coadiuvante gli estratti di organo, empiricamente: di tiroide, di pitnitaria o di timo, e finalmente di ovaia; separati o anche riuniti nei cosidetti tabloi di ormotone.

* * *

Riflettendo al benefico effetto dell'ipodermoclisi, riesce spontaneo il pensare che questo oltre a ridurre la viscosità, possa agire anche modificando la *qualità* del sangue. Partendo da questa premessa, che si ricollega alle vedute etiologiche sopra esposte, l'A. ha cercato di fare un passo innanzi provando: 1° la trasfusione sanguigna; 2° le iniezioni intravenose ripetute di una soluzione al 2 % di citrato di sodio. Egli pensa che quest'ultimo, se è capace di prevenire la coagulazione *in vitro*, forse ha la stessa azione nel corpo vivente, specie quando il sangue sia stato diluito con precedenti ipodermoclisi. Questo secondo metodo avrebbe il vantaggio rispetto alla trasfusione di essere assai più semplice; oltre a ciò non è sempre facile trovare dei donatori di sangue, e, infine, la maggior parte di questi pazienti non hanno bisogno di sangue complementare.

Sarebbe troppo lungo entrare nei particolari di questo argomento. Da uno studio fatto, per consiglio dell'A., dal Dr. Garbat si traggono le seguenti osservazioni:

I. *Trasfusione del sangue.* — Nella scelta del donatore si incontrano alcune difficoltà, perchè in quasi tutti i casi le emazie del paziente sono facilmente agglutinate dal siero del donatore. Dei quattro casi di trombo-angioite obliterante trattati uno apparteneva al così detto quarto gruppo, assai raro, e gli altri tre tutti al terzo gruppo anch'esso considerato come raro (1). Per un soggetto fu necessario esaminare 38 donatori per trovare un sangue utilizzabile e per un altro fu necessario l'esame di 54 individui.

In contrasto con questo tipo di gangrena, per un paziente affetto da gangrena arteriosclerotica furono utilizzabili quattro su sei donatori esaminati.

Il fatto che tre dei pazienti sopracitati appartenevano a un gruppo unico e raro, e il quarto ancora a un gruppo raro, può essere stata una semplice coincidenza; ma si potrebbe pensare che gli individui appartenenti ai rari gruppi III e IV, siano più suscettibili alle malattie vascolari (o del sangue) e particolarmente alla trombo-angioite obliterante.

II. *Iniezioni intravenose ripetute di una soluzione acquosa al 2 % di citrato di sodio.* — Quattro pazienti furono trattati con tale metodo, ricevendo dalle 8 alle 13 infusioni ciascuno, all'incirco una ogni settimana. Essi constatarono una notevole diminuzione del dolore, ma non deve tacersi che su ciò potè influire anche l'ipodermoclisi che venne contemporaneamente attuata. Come dati obbiettivi risultò: 1° che il sangue, dapprima assai denso divenne poi più fluido, come si dedusse dalla facilità con cui fuoriusciva dall'ago introdotto nella vena; 2° in un individuo il polso radiale, prima obliterato, ricomparve. Nessun effetto dannoso.

Il trattamento sembra dunque incoraggiante, purchè sia duraturo. Del resto dobbiamo cercare altri prodotti chimici, utili per le iniezioni intravenose in questo tipo di pazienti. A ogni modo l'ipodermoclisi con soluzione di Ringer deve esser provata per prima; se 10-15 iniezioni non producono miglioramento locale e generale si aggiungerà il trattamento intravenoso.

L'A. si propone di analizzare il liquido cerebro-spinale di questi pazienti e paragonarne

---

(1) L'A. accenna qui alle ben note vedute di Landsteiner e Shattuck sulla questione dell'*isoagglutinazione*, che, ritenuta da alcuni patologica, è ammessa come normale da Halban, Ascoli e altri. Sotto questo rapporto Landsteiner divide i sangui umani in tre gruppi cui poi se ne aggiunge un quarto:

I. Il primo gruppo è costituito da individui il cui siero agglutina le emazie di tutti gli altri e le cui emazie non sono agglutinabili. Vi rientrano il 50 % degli uomini;

II. Il siero degli appartenenti al II gruppo agglutina le emazie degli appartenenti al III e IV gruppo; le emazie sono agglutinabili dal siero degli appartenenti al I e III gruppo;

III. Viceversa il III gruppo è costituito da individui il cui siero agglutina le emazie del II e IV gruppo; e le cui emazie sono agglutinabili da sieri del I e II gruppo;

IV. Finalmente il IV gruppo, assai raro, è reciproco del primo: il siero non agglutina le emazie di nessun altro individuo; le emazie sono agglutinabili dal siero di tutti gli altri gruppi.

Tali caratteristiche sono permanenti per tutta la vita del soggetto e inoltre sono ereditarie e seguono la legge di Mendel.

la composizione con quella del sangue; e inoltre di accertarne il tasso di sostanza fibinogena.

Egli ammette che tali ricerche sono ancora allo stato embrionale; primo passo però in una direzione forse esatta.

CONCLUSIONI.

1. Nei casi di trombo-angioite obliterante tipica si dovrà provare prima dell'amputazione il trattamento conservativo. E nel seguente ordine: (*a*) aria sovrariscaldata; al meglio combinata con (*b*) ipodermoclisi sistematiche con soluzione di Ringer. Se non si ottiene giovamento sono ancora indicate come mezzi conservativi: (*c*) la legatura della vena femorale o l'anastomosi arterio-venosa. Ambedue questi ultimi metodi richiedono ancora uno studio clinico accurato per accertarne il *reale* valore.

2. Con l'aria sovrariscaldata si può avere un miglioramento, che però di rado è permanente.

3. All'ipodermoclisi sistematica quotidiana o a giorni alterni di 400-500 o di soluzione di Ringer o fisiologica (Maysima-Koga) spetta un posto definitivo nel trattamento della trombo-angioite obliterante. Il suo effetto può essere permanente o temporaneo; nell'ultimo caso il ripetere la cura può portare giovamento. Due serie rappresentano una prova sufficiente sulla utilità del metodo.

4. A gangrena stabilitasi evidentemente nulla può farsi: ciò che è morto rimane morto. Ma si può arrestarne il progresso con le ipodermoclisi; e delle ulcerazioni vecchie e ostinate possono guarire.

5. Internamente la somministrazione contemporanea di estratti d'organo può costituire un buon tentativo.

6. La causa della trombosi sembra consistere nell'infiammazione delle pareti vasali (Buerger) probabilmente microbica. Tuttavia anche l'aumentata viscosità del sangue sembra abbia una parte importante nell'etiologia del male.

7. È possibile che un'alterazione della qualità del sangue per sè rappresenti anche una causa della trombosi e susseguente gangrena.

8. Per via di ragionamento i metodi che tendono a ridurre la coagulabilità del sangue sull'organismo debbono esser saggiati per cercar di rimuovere la causa del disturbo.

9. Le iniezioni intravenose di sostanze anticoagulanti come per es. di una soluzione acquosa al 2 % di citrato di sodio possono riuscire un utile coadiuvante delle somministrazioni ipodermiche sistematiche di soluzione di Ringer.

SEBASTIANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Riunioni medico-militari castrensi.

III Riunione — 30 settembre 1916.

Sul modo di colmare ampie perdite di sostanza provocate nei tessuti sia dal trauma stesso che da interventi operativi.

Tenente medico CAMERA UGO. — L'O. propugna di colmare le grandi perdite di sostanza avvenute sopratutto a carico di masse muscolari, coll'accollamento delle pareti della cavità con punti di sutura. Condizione *sine qua non* per l'intervento è rappresentata dalla detersione completa della ferita.

Non ritiene indispensabile, come vorrebbe il Carrel, un esame batteriologico dei secreti della ferita, potendo il chirurgo essere abbastanza garantito da un aspetto soddisfacente del tessuto di granulazione ricoprente la cavità, riscontrata durante 4 o 5 successive medicazioni. Ritiene l'avvicinamento mediante il cerotto adesivo, consigliato dal Carrel, poco pratico, poichè esso non può sottostare alla forte tensione necessaria per tenere accollati i margini di una ampia cavità, e determina inoltre profondamente la formazione di spazi morti, facendo solo aderire le parti superficiali dei margini della ferita.

Per queste ragioni l'O. impiega per il ravvicinamento punti di seta, che debbono decorrere a tutto spessore ed annodarsi tutti alla superficie esterna. Descrive la tecnica da lui usata. Ammette che quasi sempre il decorso postoperatorio è disturbato da un processo suppurativo, che però è sempre di natura benigna e non ha mai grande importanza sul buon esito definitivo. Non è necessario tenere il coalito completo in una sola seduta, ma si può procedere a tappe, in diverse sedute, e procedendo così gradualmente si può ottenere il combaciamento completo di perdite di sostanza, che a tuttaprima non si sarebbero credute colmabili col ravvicinamento. Anche in quei casi in cui in nessun modo si può ottenere questo ravvicinamento completo, si avrà sempre guadagnato qualche cosa nel processo riparatore.

L'O. crede di poter consigliare questa sutura tardiva delle ferite, quando le loro condizioni di asepsi lo permettono, come ottimo mezzo per affrettare la loro guarigione, diminuire il pericolo di possibili reinfezioni e di eventuali disturbi funzionali postumi, e per ovviare in buona misura all'inconveniente che possono

residuare deformità nella fisonomia della parte colpita.

Presenta alcune fotografie dimostrative.

Considerazioni su una centuria di casi di patomimia cutanea.

Maggiore medico RIVALTA R. — Espone i casi più interessanti di patominia cutanea che caddero sotto la sua osservazione durante 12 mesi dell'attuale campagna, dal novembre 1915 all'ottobre 1916, e precisamente durante 7 mesi in una Sezione di Sanità Divisionale e 5 mesi in un Ospedale da Campo d'Armata.

Riassume la statistica dei 100 casi, che distingue in 43 escare e piaghe, 20 dermatosi eczematiformi, 20 dermatosi ascessoidi e flemmonose, 9 dermatiti bollose (flittenizzazioni), 8 edemi duri traumatici; afferma che la statistica sarebbe ancora più numerosa qualora fossero stati compresi i casi di affezioni, per le quali si è appena affacciato il sospetto della loro patogenesi volontaria, senza poterlo convalidare; ed accenna poi ai casi rimasti eventualmente misconosciuti nel loro carattere patominico.

Dall'osservazione delle forme cutanee provocate trae le seguenti conclusioni:

1° Durante l'attuale campagna la patomimia cutanea si è dimostrata abbastanza frequente, al pari forse della simulazione di altri stati patologici.

2° Si tratta di simulazione cosciente e volontaria in individui di poco elevati sentimenti morali e patriottici, il cui movente prossimo essenziale è il desiderio di essere allontanati dal fronte per sottrarsi temporaneamente o definitivamente ai disagi e pericoli della guerra; e la causa occasionale, localistica, il ripetersi più frequente e vivace delle operazioni belliche in una data zona ed il cambio delle truppe in un dato settore.

3° La P. C. delle trincee è un'emanazione della patomimia territoriale, intensificandosi ed estendendosi coll'arrivo al fronte dei complementi o col ritorno dalle licenze dei militari provvisti già della lesione cutanea fabbricata in patria o quanto meno forniti del fardello di cognizioni patomomimiche e dei necessari ingredienti per metterle in pratica.

4° La P. C. delle trincee, per non essere scoperta, assume aspetti e parvenze diverse, camuffandosi talvolta persino colla maschera del dovere e del sacrificio, essendo le cause più spesso allegate dagli interessati l'azione dello scoppio in vicinanza di proiettili d'artiglieria, le cadute, l'urto di sassi franati, l'influenza dell'umidità, del freddo, ecc., durante il servizio in trincea o di vedetta.

5° La scelta della P. C. fra le varie altre simulazioni di stati patologici devesi ascrivere alla produzione di affezioni reali che hanno molta probabilità di sorprendere la buona fede del medico e sfuggire insospettate; alla diffusa conoscenza in certi strati sociali della relativa facilità di produrle artificialmente e dei molteplici agenti atti a crearle, all'obbiettività immediata di tali forme, che esibite a tempo opportuno, richiedono un sollecito allontanamento del malato.

Non pochi reparti organici di truppe sono caratterizzati nel campo patomimico dalla speciale predilezione verso una data forma morbosa cutanea e tale orientamento è determinato o dalla comunanza di mezzi disponibili a tal uopo provveduti da attiva propaganda di qualche losco individuo a scopo di lucro, o dall'esempio dei commilitoni che trascina all'imitazione destando forse un'eco dell'identità di psiche d'un gruppo etnico che costituisce la maggioranza di un dato reparto: così spesso militari dello stesso distretto di reclutamento appartenenti allo stesso Reggimento, o alla stessa Compagnia, entrano all'ospedale nello stesso giorno con identica forma morbosa cutanea provocata.

6° Nei casi osservati è stata usata esclusivamente la modalità della provocazione diretta (dall'esterno) ricorrendo il più spesso agli agenti chimici e meno frequentemente agli agenti fisici (calore, trauma).

7° Quanto alle forme nosologiche, non se ne sono costatate delle nuove, andando dalle escare e piaghe, note da tempo immemorabile alla letteratura dermopatomimica, sino agli edemi duri traumatici, conquista ultima della patosimulazione, essendo generati dalle leggi per gli infortuni del lavoro.

Non si è riscontrata la forma morbosa cutanea individuata dal tenente colonnello medico Riva, l'enfisema sottocutaneo provocato.

Le escare e le piaghe (considerate cumulativamente perchè aventi il più spesso dal punto di vista della provocazione una protogenesi univoca) contano la metà dei casi osservati con sede elettiva agli arti inferiori, specie dei piedi, rappresentando questi i veri organi di estrinsecazione del lavoro peculiare nell'esercito, (quantunque le marce col sistema moderno di guerreggiare abbiano perduto importanza).

Le dermatiti eczematiformi si sono riscontrate il più spesso nelle ferite scoperte (guancie, padiglione delle orecchie, ecc.) dalle forme abortive appena accennate all'eczematizzazione più intensa, con edema cospicuo di tutta la faccia fino alla chiusura delle palpebre, sì da

impartire al paziente aspetto insieme mostruoso e comico, tale da impressionare non solo i profani, ma anche i medici non esperti di tali affezioni.

Le dermatiti flemmonose, con sede quasi esclusiva agli arti inferiori e più frequenti a sinistra, hanno attestato i tentativi più spesso ripetuti che unici per multipli focolai di flemmonizzazione anche a stadio diverso nello stesso arto, sorpassanti spesso l'intenzione del simulatore, avvilito e pentito per l'esteso e profondo sfacelo necrotico ed icoroso dei tessuti.

Le demartiti bollose riferite sempre a scottature accidentali con acqua bollente e localizzate sempre nei piedi, male si prestano alla disamina dell'intromissione dell'elemento volontario nella loro produzione.

È necessario indagare minuziosamente le circostanze di fatto, di tempo e di luogo asserite dal paziente per metterle in relazione colla sede, estensione, forma loro, coll'azione preservatrice della scarpa calzata, ecc.

La flittenizzazione fisica (liquidi bollenti) presenta per lo più flittene o bolle multiple, a pellicola sottile contenente trasudato sieroso fluido ed ha contorni policiclici: la flittenizzazione chimica (vescicanti) mostra invece più di frequente scarse bolle a pellicola spessa, quasi succolenta e aderente al contenuto poco scorrevole, come gelatinosa, ed ha contorni poco o nulla frastagliati, tendenti alla retta od alla curva di grande raggio.

Gli edemi duri traumatici (Secretan) o cellulo-dermiti autocontusive (Bernerchi) più frequenti al dorso delle mani ed a sinistra, non hanno mai presentato segni di contusione (ecchimosi, ecc.), ed erano a contorni ben netti specie alla base delle dita, a consistenza duro-elastica, poco dolenti. Ritiene siano dovuti a ripetuti traumi attenuati dall'interposizione di qualche panno, anzichè all'iniezione di liquidi irritanti.

Quanto agli edemi dei piedi concomitanti a congelazioni di primo grado, certo che si sono in molti casi riscontrati sulla cute segni di costrizione, prodotti dai lacci delle mutande e pantaloni e dalle fascie alle gambe (molletiere), ma che tale costrizione sia provocata deliberatamente per ottenere enfiagione dell'arto od accidentalmente in seguito all'umidità che restringe i legacci, non è possibile determinare.

Certo che il rallentamento della circolazione capillare sanguigna e linfatica, così ottenuto, può rappresentare il substrato su cui s'innesta e stabilisce successivvamente la congelazione, allorchè i piedi vengono esposti per esigenza di guerra a perfrigerazione da cause naturali, ed è impossibile allora sceverare ciò che si deve alla frode da ciò che è manifestazione reale.

Provocazione ottenuta delle congelazioni di primo grado può considerarsi la trascuratezza voluta a tal fine, dell'applicazione delle misure profilattiche ripetutamente prescritte (unzione dei piedi e delle scarpe, ecc.).

8° La diagnosi differenziale tra forma cutanea spontanea e forma artificiale è spesso di notevole difficoltà per i medici non specializzati in materia, come attestano le diagnosi di invio che quasi mai prospettano la natura patomimica dell'affezione e solo raramente accennano all'eventualità di simulazione: spesso sono giudicate eresipele facciali e una volta persino scabbia le dermatosi eczematiformi, distorsione una flemmonizzazione provocata, escoriazioni ed anche ulcera sifilitica le piaghe da escara, contusioni gli edemi duri, scottature le flittenizzazioni da vescicanti.

L'O. ha basato la diagnosi di provocazione sui criteri clinici della forma morbosa cutanea, corroborati dagli indizi morali sorpresi nell'individuo: è quindi il più delle volte diagnosi di convinzione medica, non di certezza legale.

Però la perquisizione ha fruttato cinque volte la constatazione dei mezzi di provocazione della malattia, che ha permesso di prospettare la prova materiale della frode, confermata in due casi dalla confessione dei simulatori d'aver usato gli ingredienti rinvenuti (pezzi di radice conosciuta in Sicilia coi nomi di cammarone, porracca, ecc.), per produrre volontariamente l'eruzione (dermatite eczematiforme) ed in un altro caso dalla riproduzione, ottenuta dall'O. sullo stesso simulatore mediante una mistura sequestratagli, della forma cutanea (demartite eczematiforme) da questo provocata.

9° Conseguenza immediata della P. C. è l'indisponibilità al servizio militare (relativo in certi casi di cui più avanti) per un periodo di tempo che da 2 a 3 settimane per le demartiti eczematiformi e le flittenizzazioni, può allungarsi a 1-2 mesi per le escare e piaghe, per gli edemi duri traumatici, per le dermatiti flemmonose.

In queste ultime, allorchè il processo oltrepassa i limiti della cute, per invadere i tessuti sottostanti, il che rappresenta la più frequente successione (ed allora dal campo dermatologico si passa a quello chirurgico), può aversi malattia seria che importa esenzione definitiva dal servizio per reliquati inamovibili, quando pure non sia causa di perdita dell'arto o della vita.

Oltre l'aumento notevole della morbosità e dell'ospedalità nelle truppe, altra conseguenza

è la possibilità che nei casi misconosciuti, la lesione ed i suoi reliquati vengano ammessi come dipendenti da cause di servizio pei disagi della guerra, donde l'assurdo che l'individuo, oltre che raggiungere il riprovevole suo intento, riceve ricompensa in caso di inabilità al lavoro militare o professionale col congedo o colla pensione.

10° I rimedi della P. C. nell'esercito sono di tre ordini: medici, disciplinari, giuridici.

Necessità anzitutto che sia esercitata dai superiori e specialmente dai medici, la massima sorveglianza per smascherare le frodi, e ciò sopratutto presso i Corpi, poichè dai caratteri che la lesione cutanea presenta in primo tempo è più facile desumere se è spontanea o provocata, e perchè quivi una perquisizione sistematica riuscirà più spesso fruttuosa, in considerazione che l'individuo allorquando ha raggiunto l'intento d'essere inviato in un luogo di cura, cerca liberarsi del corpo del reato.

I mezzi medici debbono essere integrati da quelli giuridici, mediante la denuncia dei colpevoli ai Tribunali di guerra, ma è convincimento dell'O., per sua esperienza, che ciò non vale a mettere freno al dilagamento di tali vergognosi tentativi.

Opponendosi troppi ostacoli al dibattito per direttissima, dalla denuncia alla trattazione del processo intercorrono talora persino 2-3 mesi, allorchè i segni rilevanti la natura simulata dell'affezione sono scomparsi, facendo luogo al dubbio, nell'animo dei giudici, dell'esistenza della frode. D'altra parte le prove legali della autolesione, su cui deve basarsi una sentenza di condanna, solo eccezionalmente potranno essere prospettate al collegio giudicante, per cui più spesso tali denuncie di P. C. finiscono con sentenza di inesistenza di reato o di insufficienza di prove, essendo i giudici restii ad applicare nei casi non esaurientemente comprovati o che non hanno strascichi morbosi inabilitanti, le gravi sanzioni, concretate ultimamente da un decreto luogotenenziale in 1 a 3 anni di reclusione militare per le infermità solo simulate, 3 a 5 anni per quelle procurate con conseguenza di inabilità temporanea, 10 a 15 anni se di inabilità permanente.

In pratica pertanto nei riguardi della P. C. forse corrisponde meglio per l'immediata funzione punitiva un provvedimenot disciplinare Così approfittando degli attuali sistemi di guerra di posizione, in cui i militari non debbono sostenere lunghe marce e sono sottoposti più a disagi che a fatiche nei casi di affezioni cutanee sospettate o accertate, presumibilmente guaribili in breve tempo, e sono senza dubbio le più numerose (dermatiti eczematiformi leggere, escare e piaghe poco estese, flittenizzazioni), basterebbe la cura ambulatoria al Corpo senza esentare il militare dal servizio, anzi protraendone la permanenza in trincea fino a guarigione.

Divulgato tale procedimento disciplinare si vedrebbero le autolesioni cutanee in corso guarire con rapidità insperata e come d'incanto cessare la manifestazione di casi novelli. Tale misura sarebbe anche più adeguata alla mancanza commessa dal militare, che vedrebbe in tal modo frustrata la sua speranza di essere allontanato dalla prima linea: *trincea ferisce* e *trincea guarisce.*

Nei casi gravi s'invierà il militare senza indugio e direttamente in osservazione all'Ospedale specializzato per gli autolesionisti dermopatici, che è stato costituito con sano criterio dalla Direzione di Sanità della 2ª Armata, possibilmente senza tentare alcuna cura che tenda a trasformare l'affezione primitiva e corredando il proprio giudizio di tutti i dati ed elementi sia morali che materiali, diligentemente raccolti, che valgano a coadiuvare le ricerche scientifiche per l'accertamento della diagnosi di patomimia cutanea.

C.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Apraxia motoria bilaterale con disturbi dell'orientazione visiva.

Il disturbo motore noto sotto il nome di apraxia è stato descritto solo negli ultimi anni. Il fatto caratteristico di questo stato consiste nella incapacità di compiere movimenti abituali, ossia la incapacità di coordinare movimenti semplici, adatti a compiere una data azione. Smith e Gordon Holmes (*British medical Journal*, 25 marzo 1916) ne descrivono un caso verificatosi in un soldato ferito alla testa da una pallottola di shrapnel. Lo stato intellettuale del soggetto era discretamente buono, non esistevano disturbi sensoriali, nè agnosia. C'erano disturbi della visione, ma non avevano alcun rapporto causale con l'apraxia. Non c'era paralisi ed il grado e la forza dei movimenti in tutti gli arti era normale. Il riflesso patellare era più vivace a sinistra ed il riflesso plantare ad ambo i lati si aveva in estensione. Gli stimoli tattili e dolorifici erano apprezzati adeguatamente e correttamente localizzati, e normale appariva il senso di posizione. Non esistevano segni di neurite ottica. Il paziente però era incapace di compiere certi determinati atti e di adoperare oggetti e strumenti che prima gli erano famigliari e che per altro riconosceva perfettamente. Con molti sforzi e con la pratica assidua egli finì per riapprendere alcune azioni semplici che prima gli erano più abituali, come quella di accendere la sigaretta. Non c'era traccia d'ipertonia nè quella difficoltà di rilasciare i muscoli contratti volontariamente, che di solito accompagna l'apraxia; solo nel primo periodo della malattia il paziente dimostrava una tendenza a ripetere quelle azioni che era ancora in grado di compiere. Per quel che riguarda la visione il più notevole disturbo consisteva nella incapacità di rivolgere lo sguardo su qualunque oggetto gli si ponesse dinanzi; generalmente egli volgeva gli occhi in una falsa direzione. La sua memoria visiva non era gran che compromessa, ma la capacità di ritenere le immagini visive era molto deficiente. Sembrava che gli oggetti che stimolavano la parte periferica della retina non eccitassero l'attenzione del paziente e non provocassero movimenti oculari adeguati.

Per quel che riguarda la sede della lesione gli autori pensano che se il proiettile percorse una linea retta tra il forame d'entrata e quella di uscita, come di solito accade in tali ferite, il cervello doveva essere integro nella parte posteriore e superiore della circonvoluzione sopramarginale destra. Molto probabilmente il proiettile seguì la parte dorsale di questo emisfero perforando la falce sul margine posteriore dello splenium del corpo calloso, interessò nello stesso punto l'emisfero sinistro, passò dorsalmente alla zona di Wernike dinanzi il ginocchio delle radiazioni ottiche, ed uscì nella parte inferiore del giro sopramarginale di sinistra dinanzi alla porzione terminale posteriore della scissura di Silvio. In molti dei casi di apraxia già pubblicati la posizione della lesione corrispondeva più o meno esattamente a quella che presentava il caso in questione.

Dr.

Crisi oculari tabetiche.

Dopo aver ricordati i casi di crisi oculari tabetiche descritti da Pel, Haskovec e Knaur, i soli registrati dalla letteratura, W. G. Spiller (*The Journal of the american medical Association*, 18 marzo 1916) ne riferisce un caso capitato alla sua osservazione.

Si tratta di un individuo con una sicura sindrome tabetica (disturbi della minzione, atrofia dei nervi ottici, atassia, Romberg, abolizione dei riflessi tendinei, dolori lancinanti agli arti inferiori, ecc.) il quale da anni va soggetto ad accessi dolorosi agli occhi.

Durante questi attacchi si verificano anche altri fenomeni visivi, che il paziente descrive come fasci di luce, che s'intrecciano e si contorcono assumendo forma di rettili, uccelli, cavalli, uomini ed altre specie di animali. Egli asserisce di vedere questi oggetti chiaramente.

Allo stato attuale il paziente ha attacchi di crisi oculari che si ripetono a periodi di tempo irregolari e talora parecchie volte nello stesso giorno, ma i fenomeni visivi non si ripetono mai senza dolori nei globi oculari. Il dolore è intenso, lancinante, mentre il paziente ha la sensazione come se gli occhi fossero tirati fuori dell'orbita. L'attacco s'inizia e cessa bruscamente ed è accompagnato da abbondante emissione di lagrime. Il paziente non presenta disturbi mentali ed è completamente cieco.

Questo caso ha molte somiglianze con quello descritto da Pel, Haskovec e Knaur per quel che riguarda l'inizio dell'attacco, la intensità del dolore, la lagrimazione, ma ne differiscono per la esistenza dei fenomeni visivi. Questi ultimi richiamano alla mente gli scotomi scintillanti ed i disturbi visivi che talora si verificano negli epilettici e negli emicranici, ma non pos-

sono considerarsi identici a questi, poichè nel caso descritto non esistono segni d'irritazione corticale. Molto probabilmente il dolore e la lagrimazione sono il risultato di una irritazione del trigemino, mentre i disturbi visivi si devono mettere in conto di irritazione delle fibre ottiche.

Al riguardo lo Spiller ricorda di avere osservate allucinazioni visive dipendenti da emorragie nella retina e da irritazioni di differenti porzioni del sistema visivo.

Dr.

TERAPIA.

Il trattamento delle ferite con l'acido picrico.

F. Brown (*The Lancet*, 2 settembre 1916) ha sperimentato su oltre 3000 feriti l'acido picrico con notevole vantaggio. Questa sostanza ha un potere battericida più forte ed è meno tossico dell'acido fenico. Le ferite superficiali furono trattate dall'Autore con l'applicazione di un sottile strato di garza imbevuta di una soluzione di acido picrico all'1 %: la medicazione fu rinnovata ogni giorno. Le lesioni fistolose suppuranti furono curate con iniezioni di soluzione al mezzo o all'uno per cento due volte al giorno e lavando ogni tre o quattro giorni con acqua ossigenata per asportare i detriti. Nelle fratture esposte con spappolamento di tessuti gli arti furono tenuti immersi per mezz'ora in bagni di soluzione d'acido picrico al 0.5-1 %, alternando talora con bagni di soluzione salina ipertonica. I risultati ottenuti furono sempre buoni: anche in casi di fratture esposte e di ferite settiche profonde si ebbe una buona granulazione ed una guarigione rapida. Bisogna in ogni caso avere l'avvertenza di adoperare quando le granulazioni raggiungono il livello della pelle circostante soluzioni sempre meno concentrate (0,20-0,50 %) perchè gli epitelî neoformati non resistono alla soluzione all'1 %.

Secondo il Brown l'acido picrico oltre a prevenire la suppurazione e ad eccitare la granulazione riesce anche anodino: esso è preferibile alla tintura di iodio perchè meno irritante. L'A. con le soluzioni della concentrazione da lui adottata non ha mai constatati fenomeni tossici.

Il Brown consiglia l'uso di tabloidi di acido picrico da sciogliersi in acqua con aggiunta di un decimo di alcool in modo da formare una soluzione all'1 % che potrebbe servire per impregnare la garza da applicarsi sulle ferite come prima medicazione.

a. a.

La cura delle ragadi anali.

È questo, secondo Maschat (*Deut. mediz. Woch*), un metodo semplicissimo e rapido: si pone allo scoperto la ragade, che si deterge con del cotone imbevuto di acqua bollita e poi si cauterizza livemente con tintura di iodio. Bastano 3-4 applicazioni, fatte con 3-4 giorni di intervallo l'una dall'altra, per ottenere la guarigione. La prima applicazione della tintura di iodio provoca un dolore piuttosto vivo, che dura però poco tempo. — È questo un procedimento che renderebbe quasi sempre inutile il doloroso atto operatorio della divulsione.

P. C.

La cura delle ragadi del seno.

Dresch (*Deutsche med. Woch.*), per prevenirle come per guarirle, fa lavare la bocca del bambino ed i capezzoli della nutrice con una soluzione tiepida di bicarbonato sodico al 2%, poi applica sulle mammelle, con un pennello, una soluzione di bleu di metilene al 3%. Questo è anestetico e cheratinizzante, ed il lattante non presenta nessun disgusto, nè altri disturbi. È bene fare l'applicazione immediatamente dopo la poppata, quando cioè la mammella offre la massima elasticità.

P. C.

IGIENE.

La lotta contro lo sputo.

W. A. Manheimer (*Medical Record*, 3 giugno 1916) fa opportunamente osservare che non si sputa solo sui pavimenti delle stanze o delle strade o dei luoghi pubblici o dei veicoli, ecc., ma anche in molti altri modi, ai quali gli igienisti hanno il torto di non prestare abbastanza attenzione.

Esempi. Il commesso di negozio di generi alimentari che umetta sulle labbra la punta delle dita per sfogliare la carta da inviluppare, diffonde particelle di sputo. Altrettanto fa il tramviere, che si comporta all'identico modo per sfogliare i biglietti da distribuire al pubblico. Altrettanto fa chi bagna con la saliva le buste delle lettere e i francobolli.

Si possono moltiplicare gli esempi.

Si sarà notato che i farmacisti usano, in gran numero, di sfogliare col dito umettato di saliva le ostie e le cartine per le polveri, di bagnare persino con la saliva le etichette, ecc. Queste pratiche sono quanto mai deplorevoli in una professione che dovrebbe dare esempio di rispetto all'igiene.

Introducendo in bocca degli oggetti (lapis, portapenne, ecc.) e poi ritirandoneli, essi divengono vettori di saliva.

Le massaie inumidiscono di saliva le dita, per assottigliare l'estremità del filo da introdurre nella cruna.

E così via.

Quando si sputa nel fazzoletto, si insudiciano inevitabilmente di saliva le mani, il che forse è ancora peggio che sputare per terra.

L'A. osserva che si sputa anche tossendo, starnutando e perfino parlando ad alta voce sul viso delle persone, in quanto che in tal modo si proiettano particelle di saliva.

I pericoli della saliva derivano dal fatto che questa ha una parte non dubbia e spesso anzi preponderante nel trasmettere i raffreddori comuni, l'influenza, il pneumococco, i virus della scarlattina, del vaiuolo, del morbillo, della tosse convulsa, della meningite epidemica, degli orecchioni e di altre malattie.

*
* *

L'A. ha eseguito degli esperimenti diretti a stabilire quanto tempo resistono i batteri nella gomma umettata delle buste da lettere. Si è valso all'uopo del coli-bacillo: colture in brodo miste a saliva ed acqua furono stese, nella quantità di 0.2 cmc., sopra ciascuna busta. Subito dopo seccate, ognuna conteneva 300,000 germi; dopo averle lasciate per una notte sotto una campana di vetro, ne contenevano in media 9900; dopo averle spedite e ricevute per posta, ne contenevano in media 15,300. Evidentemente, nel laboratorio la luce diffusa e il calore avevano facilitata la distruzione dei germi, più ancora che l'ambiente libero nell'invio per posta.

Tale comportamento prova che i germi patogeni possono sopravvivere a lungo nelle buste attaccate con la saliva.

L'A. ha anche ricercato i batteri della difterite nelle buste bagnate con la saliva di difterici; ma non li ha trovati, evidentemente perchè in scarso numero; data la resistenza dei batteri della difterite al disseccamento, non è però certo da escludere il rischio costituito dalle buste, malgrado l'esito negativo di questo esperimento.

*
* *

Per ridurre i pericoli dello sputo, l'A. crede che siano quasi superflui gli inviti a non sputare, perchè il pubblico ne tiene scarso conto.

Egli suggerisce invece altre misure: p. es. disporre di tanto in tanto, ai lati delle vie, dei grandi recipienti pieni di calce spenta, con appostovi un cartello il quale dica: « sputate qui e non altrove ». In genere, sarebbe da raccomandare un più largo uso di sputacchiere, così nelle case come negli uffici e negli ambienti aperti al pubblico.

L'A. vorrebbe che negli uffici, specialmente in quelli postali, fosse reso obbligatorio l'uso della spugna bagnata per umettare i francobolli e le buste; che in tutte le città i bigliettai dei tram fossero forniti di una spugnetta bagnata, come già si usa in alcune.

Vorrebbe che ordinanze municipali vietassero espressamente ai negozianti di generi alimentari ed ai loro commessi di umettare il dito con la saliva per sfogliare la carta da involgere.

E così via.

Essendo accertato che la saliva è sicuramente molto pericolosa, se potesse organizzarsi una campagna efficace contro lo sputo, si farebbe realizzare certamente un progresso sensibile all'igiene.

(Dagli *Annali d'Igiene*, 31 agosto 1916).

POSTA DEGLI ABBONATI.

(793). *Sulla cura dell'osteomalacia.* All'abbonato 2392:

Sulla efficacia della cura vaccinica alla Wright, rispondiamo con le parole stesse dell'Arcangeli, ossia che « può essere utile anche dove le altre sono state inefficaci; anch'essa non riesce però sempre e non preserva dalle ricadute ». Facciamo poi osservare che essa parte dal presupposto che la causa dell'osteomalacia risiede nel diplococco scoperto dall'Arcangeli, ciò che non è stato universalmente riconosciuto. I vaccini alla Wright si preparano da colture del microorganismo isolato dall'ammalato, nella fattispecie da frammenti dell'osso in preda al processo di osteomalacia. L'Arcangeli propone la preparazione di uno stock-vaccino con diplococchi di diverse provenienze.

Esistono in commercio dei vaccini contro l'osteomalacia (Ist. Sierot. milanese).

Oltre la cloronarcosi, la castrazione, la somministrazione di fosforo, sono state adoperate con più o meno successo adrenalina, tiroidina, pituitrina, ecc. FIL.

(794) *La yohimbina nell'arteriosclerosi.* Al dott. G. d. H., abb. 5321:

Non crediamo che la yohimbina sia indicata per la cura dell'arteriosclerosi, e neppure per alleviarne i sintomi, dacchè si tratta di un ipertensivo.

Non è da temere l'accumulo del rimedio; ma certamente un uso protratto può ingenerare disturbi funzionali (eccitamento nervoso, insonnia, palpitazioni, ecc.) ed anche lesioni organiche (al cuore, ai reni, alle arterie).

L'estratto fluido non è consigliabile, perchè il dosaggio risulterebbe imperfetto; conviene valersi dell'alcaloide puro.

La somministrazione *per os* vale quella ipodermica.

R. B.

(795) *Sulla terapia incruenta del cancro.* Al dott. G. B. de R.:

La maggior parte delle cure incruente del cancro conducono a risultati incerti o malfidi; soltanto la radioterapia (roentgenterapia superficiale e profonda, radiumterapia, emanoterapia, ecc.) è meritevole di ampio credito; per le forme accessibili possono valere anche alcuni mezzi distruttivi locali (come l'elettrocoagulazione, la neve carbonica, ecc.); molti rimedî caldamente preconizzati dai loro Aa. non sono sanzionati da un consenso unanime.

R. B.

(796) Al dott. O. G., Zona di Guerra:

Non conosciamo metodi semplici e solleciti per rivelare la caffeina nell'urina.

R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Prof. VALERIANO SAVIOZZI. *Resoconto clinico-statistico dell'ospedaletto da campo n. 08.* Volume in-4° di pag. 169, con 3 grafiche a colori e 3 tavole. Vicenza, Arti Grafiche Vicentine, 1916.

È uno splendido volume che illustra ordinatamente i dati racolti nell'operoso lavoro chirurgico del secondo semestre 1915 dell'ospedaletto 08 del V Corpo d'Armata. Esso dimostra come anche nei primi periodi della nostra guerra, nonostante le inevitabili deficienze dell'assistenza sanitaria, dovute alla fulminea preparazione, il valore dell'organizzazione individuale e l'ardire operatorio abbiano potuto trionfare.

Il lavoro del Saviozzi, allievo dei proff. Alessandri e Bastianelli, a cui esso è dedicato, rimarrà un documento importantissimo che dimostrerà quanti successi possano ottenersi nelle formazioni sanitarie avanzate sotto una guida sicura dal punto di vista tecnico.

I casi sono raggruppati in tavole sinottiche e non si prestano ad una analisi sommaria quale conviene ad una recensione; però il valore di alcune osservazioni rende di grande utilità la consultazione del lavoro nell'originale.

A. S.

A. F. HURST. *Medical Diseases of the war*, scellini 6. — Editore Edward Arnold, Londra.

Sono raccolte in questo volume le descrizioni dei vari tipi di malattia che la guerra ha messo in evidenza con maggiore frequenza o addirittura create.

Sono trattati i disturbi funzionali del sistema nervoso, la dissenteria, l'ascesso epatico, la febbre di trincea, la paratifoide, l'ittero epidemico, il beri-beri, il cuore da soldato, la nefrite di guerra, l'avvelenamento da gas asfissianti.

L'A. ha utilizzato il materiale della osservazione personale e quello raccolto dalle recenti pubblicazioni fatte sui giornali scientifici dei vari paesi belligeranti. È questo un libro della maggiore utilità per i medici militari anche perchè ha un indirizzo schiettamente pratico.

a. a.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

TROPEANO GIUSEPPE. R. Stabilimento dell'Annunziata di Napoli. Le Nuove Istituzioni. La refezione per le madri lattanti. — Napoli, 1916.

SILVESTRINI LUIGI. La frenicotomia nella terapia di alcune malattie croniche del polmone. — Bologna, 1915.

GRASSI ERNESTO. Brefotrofio Provinciale di Milano. Relazione generale per l'anno 1915. — Milano, 1916.

SALMON ALBERTO. Sui rapporti tra l'ipofisi, il sonno ed il letargo dei mammiferi ibernanti, con speciali considerazioni sulla genesi del letargo. — Firenze, 1916.

MAGLIONE ROBERTO. Tratamiento de la fiebre tifoidea por la vacuna Dessy. — Buenos Aires, 1916.

Per finire.

Al gabinetto di un reputato otoiatra si presenta un nuovo cliente.

— Il mio male è curabile? — chiede con ansia il paziente.

— Altro che! — risponde il medico. — È la mia specialità. Si figuri che da venticinque anni curo malati della stessa sua malattia.

***

L'oculista sta per lasciare la casa di un cliente, allorchè la donna di servizio lo interpella:

— Scusi, dottore; che debbo fare per questo male d'occhi?

— Una cosa semplicissima: state per quindici giorni senza guardare dal buco della serratura.

***

Il medico giunge affannato, con ritardo, al pranzo dell'amico.

— I miei clienti mi ammazzano! — esclama.

— Non fanno che ripagarla della stessa moneta, gli contesta uno dei convitati.

(Dalla *España Médica*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sul “ dovere „ di un po’ d’ignoranza in fatto di venereologia.

Il trafiletto del prof. Bilancioni *Sul « diritto » alla ignoranza in fatto di oto-rino-laringologia* apparso nel n. 6 del *Policlinico* ha suscitato e affrontato una scottante questione che noi tutti ci siamo prima o poi trovati costretti a porre a noi stessi. L’ignoranza di una specialità come la oto-rino-laringoiatria che ad ogni passo si incontra sul cammino della pratica medica è forse la menda più grave del nostro ordinamento universitario: e chiunque di noi ricorda, per esempio, che l’orecchio è un po’ la Cenerentola degli studi medici, talchè si comincia col saltarne quasi sempre a piè pari lo studio sin dall’esame d’anatomia, se ne appiccicano quindi alla bell’e meglio le cognizioni sulla funzione per l’esame di fisiologia, rimandando uno studio completo a quel corso di oto-rino-laringoiatria che in molte università manca, in alcune è fatto per i banchi, in tutte è considerato non solo pareggiato ma superfluo, e quindi « si marina » a tutto spiano...

Ma le giuste considerazioni del prof. Bilancioni ci spingono a renderne note altre, convinti che è tempo di portare alla pubblica discussione sulle colonne del più diffuso periodico di medicina pratica questioni capitali per il *modus vivendi* fra colleghi, soprattutto fra medici e specialisti. Voglio alludere con ciò alla venereologia, la quale è colpita da un danno opposto — almeno apparentemente — a quello che affligge l’otoiatria: materia di un apposito corso ordinario, è creduta dalla più parte dei laureati una branca di dominio pubblico, fatta oggetto di specializzazione solo a fini commerciali o comunque interessati. Ne viene che non vi è, si può dire, medico pratico che non abbia al suo attivo la cura di un sifilitico, quasi essa rappresentasse un banale esercizio manuale limitata all’iniezione del preparato mercuriale. E pure, questo stesso medico, domani, davanti, che so io, a un chalazion, non esiterebbe a richiedere l’intervento dello specialista, giustamente convinto che — salvo casi d’urgenza o d’estrema impossibilità ad agire altrimenti — il suo più elementare dovere lo consiglia di rimettersi a colui che della specialità ha formato lo scopo dello studio e dell’arte sua. Ne viene che troppo spesso il sifilitico, il blenorragico capitano in cura a noi specialisti quando all’azione del germe si è sommata ampiamente quella di una cura inadatta o male applicata. Ora, si potrà discutere sulla maggiore o minore opportunità della specializzazione dal punto di vista dell’attitudine diagnostica e della mentalità del medico (che giustamente il Bilancioni paragona all’ecclettismo del medico-filosofo d’un tempo), ma è indubbio che essa è a tutto profitto dell’efficacia della terapia e, quindi, della salute del paziente. Si noti poi che molte volte le cure istituite da medici che, per la loro preparazione, non hanno esperienza nel campo della specialità — e sovente ciò avviene dietro insistenza dello stesso paziente, per economia, per semplicità, per maggior segretezza — molte volte, dico, queste cure incongrue o intempestive sortono effetti tali da paralizzare l’efficacia dei mezzi terapeutici che lo specialista volesse poi applicare. Quante volte un tricofitico ci giunge proprio quando le generose applicazioni iodiche del suo compiacente medico hanno prodotto una dermite che ci costringe a limitarci a cura aspettante, con grande danno e magari dispetto del paziente! o in un sifilitico si deve iniziare la propria cura... col sospendere ogni cura a motivo d’una stomatite mercuriale regalatagli dalla sollecitudine inesperiente quanto presuntuosa d’un collega, puta caso ostetrico o pediatra! Non sarebbe un *dovere* un po’ di ignoranza in fatto di venereologia da parte di questi colleghi?

Le cose — ne sono convinto — andranno sempre così, se non peggio; e queste brevi righe non serviranno che a dare al prof. Bilancioni il gramo conforto di sapere un’altra specialità seminata dalle spine che costernano quella da lui così egregiamente e dottamente professata.

L’abbonato 7876.

Milano, febbraio 1916.

La quistione prospettata in questo articolo è stata oggetto di ampie discussioni in tutti i congressi dell’Associazione professionale dei dermosifilografi italiani, la quale ha formulato in proposito voti e proposte concrete.

N. d. r.

Cronaca del movimento professionale.

Per l’anticipo di stipendio ai medici condotti. — Col seguente D. L. il Ministero della guerra provvede all’anticipo degli stipendi ai Medici condotti:

Articolo unico. — L’obbligo imposto agli esattori delle imposte dirette dalle leggi 26 marzo 1893, 14 luglio 1898, 7 maggio 1902, e 4 febbraio 1916, di anticipare gli stipendi ai maestri elementari, ai medici condotti, agli impiegati e salariati addetti ai servizî municipali, ancorchè non esistano fondi

in cassa di spettanza del Comune, deve ritenersi subordinato alla condizione che le anticipazioni fatte e quelle che si chiedono non superino complessivamente l'importo totale dei proventi comunali, riscossi e da riscuotere entro lo stesso anno solare, in base ai ruoli ed alle liste di carico già consegnati all'esattore.

Nel caso in cui l'esattore non rivesta la carica di tesoriere comunale, l'obbligo dell'anticipazione degli stipendi deve ritenersi subordinato inoltre alla presentazione da parte degli interessati di apposita dichiarazione firmata dal sindaco e dal tesoriere, comprovante la mancanza di denaro nelle casse di questo ultimo, e contenente l'invito al l'esattore ad eseguire la anticipazione.

Per una indennità eccezionale ai medici condotti. — L'Ordine dei medici della provincia di Modena, presieduto dall'egregio prof. Nasi, ha, con questo intento, inviato ai Sindaci della Provincia la seguente circolare:

« Il Consiglio dell'Ordine dei medici di questa Provincia, in sua seduta 8 corrente;

« Tenuto conto delle condizioni di vita rese più difficili, nell'attuale periodo, per tutte le classi e specialmente per gli impiegati e per gli esercenti professionisti;

« Preoccupandosi del fatto che la maggior parte dei sanitari, in ispecie condotti, mentre hanno veduto diminuirsi notevolmente i proventi del libero esercizio per le strettezze in cui versa buona parte della popolazione, non hanno d'altra parte potuto aggiungere allo stipendio nuovi cespiti d'entrata;

« Considerando che già molte Amministrazioni riconobbero la la necessità e sentirono il dovere di stanziare in bilancio somme straordinarie per aumentare lo stipendio dei propri impiegati;

« Esprime il voto che anche l'onorevole Amministrazione comunale dalla S. V. Ill.ma presieduta, con decorrenza dal 1º gennaio 1917 voglia assegnare ai propri medici dipendenti un aumento di stipendio del 20 % sulle prime mille lire, e del 10 % per le successive, da corrispondersi finchè permangano le eccezionali condizioni economiche dipendenti dallo stato di guerra ».

Nomina a tenente medico effettivo. — In applicazione delle disposizioni relative alla nomina ad ufficiale medico effettivo di ufficiali medici di complemento appartenenti a corpi e reparti dell'esercito operante, il ministero ha determinato di effettuare, entro il mese di marzo, le nomine di coloro i quali entro il 15 febbraio abbiano raggiunto il limite minimo di servizio stabilito per ottenere la nomina stessa.

Pensioni e servizi militari. — È stato presentato dalle Associazioni dei medici condotti e dei veterinari al Presidente del Consiglio il seguente memoriale riguardante la questione delle pensioni e servizi militari:

« Un recente decreto luogoten. stabilisce a favore degli impiegati civili dello Stato il computo degli anni di campagna di guerra in aggiunta alla durata del servizio necessario per aver dritto a pensione. Nei riguardi della pensione in attinenza ai servizi militari lo stato dei sanitari dipendenti dagli Enti locali è attualmente segnato dall'art. 30 t. u. 2 gennaio 1913, n. 453, Libro III, Parte III delle Leggi generali e speciali riguardanti la Cassa Depositi e Prestiti che stabilisce doversi i servizi militari prestati dai sanitari calcolare tutti ai soli effetti del raggiungimento a pensione, e dal decr. luogotenenziale 6 febbraio 1916 pel riconoscimento del servizio militare agli effetti della pensione sempre quando i sanitari si obblighino di continuare a versare i loro contributi alla Cassa di Previdenza. Ora se si considera che i sanitari dipendenti dagli Enti locali chiamati alle armi rilasciano dai loro stipendi di ufficiali anche la quota percentuale per la pensione militare, si vedrà come essi si trovino in condizioni di inferiorità di fronte al trattamento fatto agli impiegati civili dello Stato col decreto luogotenenziale di cui sopra e pel quale versando un solo contributo di vedono contato il doppio il tempo di servizio utile alla pensione ed ai maestri elementari coll'art. 22 del t. u. 2 gennaio 1913, n. 152, Libro III Parte I che prescrive: « Ogni campagna è calcolata come un anno di servizio utile per il conseguimento della pensione senza che i maestri debbano pagare al Monte alcun contributo per il periodo di tempo corrispondente. Il valore capitale relativo all'aumento della pensione dipendente dal riconoscimento delle campagne di guerra verrà corrisposto al Monte pensioni... dal Ministero della Pubblica Istruzione ». Data quindi l'opera che dai sanitari si richiede in guerra e per la quale si è persino dovuto aumentare per la categoria dei medici gli anni d'obbligo del servizio militare (decreto luogotenenziale 21 aprile 1916), pare ai sottoscritti che per lo meno uguale trattamento si dovesse ad essi applicare: epperò a nome delle categorie interessate (medici e veterinari) chiedono alla Eccellenza Vostra se non fosse giusto ed equo che il Governo riconoscese i loro altissimi servizi così gloriosamente documentati dal numero dei sanitari finora caduti sul campo del dovere, con un prevvedimento inteso ad integrare alla Cassa di Previdenza dei Sanitari, in analogia di quanto il Ministro della Pubblica Istruzione ha fatto pei maestri elementari, la spesa del computo degli anni di campagna di guerra in aggiunta alla durata del servizio necessario per aver diritto a pensione ». Il Presidente del Consiglio dei Ministri ha risposto che ha già richiamato l'attenzione dei Ministri competenti sui voti formulati nel memoriale per la integrazione presso la Cassa di Previdenza dei Sanitari e in favore di coloro che prestano servizio militare, della spesa del computo degli anni di campagna di guerra in aggiunta alla durata del servizio necessario pel conseguimento del diritto a pensione.

In preparazione:

Numero monografico sulla radiologia medica.

ATTI PARLAMENTARI.

Trattamento economico ai medici condotti richiamati. — Gli on. Brunelli e Gallenga avevano chiesto d'interrogare il Ministro dell'Interno «per sapere quali provvedimenti intenda prendere per obbligare i Comuni che non ottemperano alle disposizioni emanate in proposito, a pagare ai loro medici richiamati alle armi la differenza fra lo stipendio militare e quello civile precedentemente goduto».

Il sottosegretario di Stato on. Bonicelli ha così risposto per iscritto:

«Non pare al Ministero che sia necessaria l'adozione di nuovi provvedimenti allo scopo d'impedire le inadempienze lamentate dagli onorevoli interroganti, giacchè con la disposizione contenuta nell'art. 2 del D. L. 31 agosto 1916, n. 1420, il Governo ebbe a dettare norme precise e tali da assicurare appunto il sollecito pagamento di quanto è dovuto a tutti gli impiegati dipendenti dalle amministrazioni locali, richiamati alle armi, essendosi concessa ai Prefetti la facoltà di liquidare, con procedura sommaria, i crediti degli impiegati stessi e di adottare d'urgenza i provvedimenti consentiti dalle relative leggi organiche per assicurare il pagamento delle rate di stipendio scadute e di quelle da scadere.

A giudicare dall'irrilevante numero di reclami finora pervenuti al Ministero, dovrebbe ritenersi che gli inconvenienti, genericamente segnalati, siano in numero assai minore di quello che appaia.

Comunque, qualora gli siano indicati fatti specifici, il Ministero non mancherà, come pel passato, di portarvi il suo attento esame per promuovere i provvedimenti che risulteranno necessari per assicurare l'esatto adempimento delle norme vigenti».

Sulle promozioni degli ufficiali medici. — L'onorevole Brunelli aveva interrogato il ministro della guerra «per sapere se non creda equo ed opportuno, a togliere il giusto malcontento che regna nella categoria degli ufficiali medici in congedo, specie fra i capitani, per la inferiorità di trattamento ad essa fatto nei riguardi delle promozioni in confronto delle rapide carriere degli ufficiali medici effettivi e di quelli civili assunti posteriormente in servizio». Ha ricevuto la seguente risposta scritta:

«Gli ufficiali in congedo sono promossi contemporaneamente agli ufficiali effettivi in pari condizioni di anzianità; quando è rapida la carriera di questi rapida ne risulta di conseguenza quella degli ufficiali in congedo.

Per effetto delle nuove necessità di guerra le condizioni di carriera degli ufficiali medici effettivi si sono sensibilmente avvantaggiate e in conseguenza verranno accelerate le promozioni degli ufficiali in congedo.

Nessuna sperequazione di carriera esiste fra gli ufficiali in congedo e quelli provenienti dai borghesi, poichè se a questi i gradi son concessi in base ai loro titoli accademici ed agli anni di esercizio professionale, la stessa concessione è stata estesa anche agli ufficiali in congedo (Decreto Luogotenenziale del 13 febbraio 1916)».

L'on. Brunelli aveva anche interrogato il ministro della guerra «per sapere per quale ragione degli ufficiali medici, che contemporaneamente e a parità di titoli presentarono domanda di promozione a norma delle circolari emanate, alcuni ebbero soddisfatta subito la domanda, altri invece la videro rinviata e sottoposta a più ristrettive condizioni posteriormente emanate, e se non creda quindi equo che questi ultimi abbiano ad essere trattati a norma delle disposizioni esistenti al momento della domanda». Gli è pervenuta la seguente risposta scritta:

«La circolare 445 del Giornale Militare 1916 dette luogo ad innumerevoli reclami e proteste, tanto che questo Ministero fu costretto sospenderne l'applicazione, perchè fossero studiate nuove norme per conferimento dei gradi in base a titoli accademici agli ufficiali medici di complemento.

Dopo minuto ed attento esame della complessa quistione, questo Ministero, facendo anche tesoro della esperienza della Commissione Sanitaria incaricata dell'esame dei titoli dei detti ufficiali, concretò le norme contenute nella circolare 734 del dicembre u. s.».

Distintivi a militari feriti. — All'on. Bevione il Ministro della guerra ha risposto in proposito:

«Con R. decreto 21 maggio venne istituito uno speciale distintivo di onore per i mutilati, il quale, secondo la relativa istruzione, è concesso, oltrechè per le imperfezioni esplicitamente previste, anche per tutte quelle lesioni che isolatamente o complessivamente abbiano residuato gravi deturpazioni o permanenti disturbi funzionali. Le ferite gravi con segni visibili non mancano dunque di un contrassegno. In quanto alle altre di minore entità e di natura diversa, è da osservare che, se esse furono accompagnate da atti nei quali si racchiudono gli estremi per la concessione della medaglia al valor militare, le insegne relative a tali distinzioni costituiscono per i titolari il più onorifico ed ambito distintivo.

«Restano i casi di ferite che non rientrano nell'una o nell'altra delle due ipotesi fatte, ma riguardo ad esse il Ministero non ravvisa la necessità di adottare speciali contrassegni. Sembra in tali casi sufficiente che il militare possa fregiarsi del nastrino istituito per distinguere coloro che hanno sopportate le fatiche e corsi i pericoli della guerra, nastrino che ai feriti è concesso con larghezza di criteri».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6749) *Certificati di vaccinazione e di sanità prescritti per coloro che si recano a lavorare in zona di guerra.* — All'abbonato X. — Al medico condotto pei soli poveri spetta il rilascio gratuito di certificati di sanità per coloro che si recano a lavorare in zona di guerra purchè il capo famiglia

sia incluso nello elenco dei poveri. Per gli altri, può richiedere compenso a seconda delle consuetudini locali. I certificati di vaccinazione sono, invece, rilasciati gratuitamente a tutte le persone che li richiedono.

(6750) *Medici provinciali. - Esami di concorso.* — All'abbonato 7294. — Gli esami di concorso ai posti di medico provinciale di 4ª classe constano di prove scritte, pratiche ed orali. Le prove scritte sono in numero di quattro e riguardano:

1° l'etiologia e la patologia delle malattie infettive;

2° la polizia sanitaria delle malattie infettive;

3° l'igiene generale;

4° l'igiene speciale.

Le prove pratiche sono in numero di tre e riguardano:

1° la microscopia e la batteriologia applicate, all'igiene;

2° la clinica medica (esame di un infermo e diagnosi della malattia);

3° la tecnica delle autopsie.

La prova orale, oltre che le materie delle prove scritte, riguarda:

1° la demografia e l'assistenza pubblica;

2° la legislazione ed organizzazione sanitaria ed amministrativa del Regno;

3° la prova della conoscenza delle lingue estere.

Esistono anche programmi particolareggiati.

Il medico non può mai dirigere e gestire una farmacia senza incorrere in contravvenzione.

(6752) *Trattamento economico dei medici chiamati sotto le armi.* — Dott. G. F. da S. — Se durante i primi mesi che ha prestato servizio nella propria residenza ha eseguite le prestazioni contrattuali integralmente presso l'Amministrazione ospedaliera, non è certamente legale il rifiuto che la Congregazione di Carità ora oppone per apprestarle, lasciando il proprio Comune, i due mesi di stipendio prescritti. Anche per la prestazione extracontrattuale eseguita in occasione della cessione dei letti fatti dalla Amministrazione del nosocomio alla autorità militare, ha diritto a speciale compenso. In caso di ostinato rifiuto dell'Amministrazione a corrisponderle i due mesi che Le sono dovuti ed il compenso suddetto, può adire l'autorità giudiziaria competente per territorio e valore.

(6753) *Trasferimento di medico dalla frazione al capoluogo.* — Dott. B. G. da M. — Essendo stata nominata direttamente per la frazione non può essere traferita al capoluogo del Comune senza suo consenso. Qualora il Sindaco l'obbligasse, Ella può in via legale, cioè con apposito atto protestativo, opporsi chiedendo eventuale rifacimento di danni. Il Sindaco potrebbe, però, chiamarla in missione al capoluogo per breve tempo, concedendole equa indennità.

Non si può chiedere ed ottenere l'aspettativa se tale posizione non è prevista nel capitolato.

(6755) *Concorsi. - Nomina di medici condotti per chiamata. - Pensioni. - Esonero.* — Dott. XXX. — Non è possibile bandire ora il concorso per la nomina del medico condotto. I concorsi si potranno bandire solamente dopo che sarà finita la guerra attuale. Nessuna disposizione transitoria permette di procedere a nomina definitiva del medico condotto senza concorso o per chiamata. Si possono ora eseguire nomine interinali.

Seguitando a pagare il relativo contributo non si perde, agli effetti della pensione, il tempo che trascorrerà dalla nomina provvisoria a quella definitiva, giacchè l'art. 30 del testo unico delle leggi sulle pensioni determina che il servizio interinale è calcolato utile agli effetti del raggiungimento del diritto a pensione. Lasciando l'attuale residenza perde il già ottenuto esonero dal servizio militare. Dovrebbe riottenerlo in tempo nella nuova residenza, ove, a quanto Ella dice, si troverebbe egualmente nella condizione di medico unico. Il Comune dovrebbe far domanda al Presidente della Commissione provinciale, dimostrando che l'opera di Lei è indispensabile ed insostituibile nell'interesse del servizio civile.

Doctor JUSTITIA.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ROMA. — Al dott. Gaetano Blasi, già vincitore di numerosi premi Rolli e della borsa di studio Fúccioli, è stato assegnato il premio Corsi per la medicina legale.

Al dott. Vincenzo Grossi, assistente degli Ospedali Riuniti, è stato assegnato il premio Corsi per la patologia chirurgica.

Al dott. Pirondini, assistente volontario in patologia chirurgica, è stato assegnato il premio Colasanti per la farmacologia sperimentale.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Paoletti Verecondo, da Perugia, capitano medico reggimento fanteria. — Spontaneamente si offerse a prestare servizio, durante il combattimento, presso un reparto provvisto di un solo ufficiale medico. Contuso da una scheggia di granata, continuò, ugualmente, l'opera sua. — Col di Lana, 27 agosto 1915.

Rebuffo Giovanni Battista, da Genova, sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Noncurante del pericolo, per poter meglio adempire le sue mansioni, si recava fin presso le linee di fuoco e vi rimaneva mortalmente colpito. — Monte Mrzli, giugno 1915.

Auletta Giuseppe, da Frattamaggiore (Napoli), sottotenente medico reggimento fanteria. — Con grande calma, rincorava i portaferiti e medicava i soldati feriti dallo scoppio di una granata nemica, che aveva distrutto il posto di medicazione nella trincea, ove egli stesso si trovava. — Monte Sei Busi, 2-26 ottobre 1915.

Franza Roberto, da Napoli, sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Durante l'intenso fuoco nemico, rimaneva, calmo e sereno, in un posto di medicazione avanzato, per medicare centinaia di feriti, sotto l'insistente pioggia di schegge di granate avversarie. Rinunciava al cambio prestabilito. — Monte Sei Busi, 21-26 ottobre 1915.

NOTIZIE DIVERSE.

Per le opere igieniche.

Un D. L. del 28 gennaio 1917 dispone alcune agevolezze per la esecuzione di condutture di acqua potabile e di altre opere igieniche (locali di isolamento, ospedali, stazioni di disinfezione, laboratori d'igiene), ammettendo ad usufruire dei mutui di favore anche i Comuni inferiori a 50.000 abitanti, nonchè gli Istituti di beneficenza ed altri Enti morali che possano garantirli con rendita su titoli dello Stato.

Commissione sanitaria interalleati.

Il 22 febbraio si è riunita a Parigi la seconda sessione plenaria della Commissione sanitaria dei paesi alleati, sotto la presidenza dell'on. Santoliquido, presenti quaranta delegati delle dieci nazioni alleate, fra i quali molte notabilità mediche.

L'on. Santoliquido, nel discorso inaugurale, ha detto che l'Italia poteva esser presa come esempio ed ha citato un brano del discorso pronunciato nello scorso dicembre a Roma, al Consiglio di Stato, dal ministro Orlando, rilevante i miracoli compiuti dall'amministrazione sanitaria per tutelare le popolazioni da nemici che portavano, come i barbari nelle loro invasioni, molte malattie contagiose.

Servizi igienici e sanitari nelle terre redente.

Una recente ordinanza del Comando Supremo disciplina con norme precise i servizi igienici e sanitari per la popolazione civile dei territori occupati. Le disposizioni così emanate hanno per iscopo di consolidare lo stato di fatto raggiunto attraverso la elaborazione e l'esperienza di tanti mesi e di fondere in una forma organica i provvedimenti che, pur procurando di non turbare eccessivamente le condizioni sanitarie del cessato regime, vennero di volta in volta sanciti sulla scorta fondamentale della nostra legislazione. Premesso che il Comando Supremo provvede alla gestione e alla vigilanza dei servizi igienici e sanitari nei territori suddetti a mezzo del Segretario Generale per gli Affari Civili e assicura la Direzione dei servizi stessi in ogni Distretto politico e nei singoli comuni che ne dipendono, l'ordinanza raccoglie, sotto speciali titoli, le disposizioni secondo la diversa materia. Così, dopo le norme per l'assistenza gratuita medica, chirurgica ed ostetrica e per somministrazione gratuita dei medicinali ai poveri di tutti i comuni, vien disciplinato l'esercizio delle professioni sanitarie (presentazione, controllo dei titoli, concessione dei nulla osta e pubblicità data ai medesimi, vendita e commercio dei medicinali; orario delle farmacie; tariffa ufficiale per la vendita dei farmachi). Le misure di prevenzione e difesa contro le malattie contagiose sono completate dalle norme sulle vaccinazioni obbligatorie periodiche.

Per la restrizione dei consumi.

Il problema è stato discusso in un'adunanza degli Ispettori compartimentali dei consumi, al Ministero di Agricoltura; presiedeva l'adunanza S. E. Canepa, commissario generale; vi assistevano l'ingegner comm. Morandi, direttore generale, e tutti i capi servizio.

La Presidenza dell'Associazione Nazionale tra le Associazioni del Personale addetto alla Vigilanza igienica ha diramato una circolare per sollecitare alla propaganda per la disciplina e l'economia dei consumi. Alla circolare è annesso un programma concreto d'azione.

Contro l'adulterazione delle farine.

Un'analisi disposta dal prefetto di Catania su numerosi campioni di farina, indicata col tipo 85 per cento, prelevati da vari molini di quella città e provincia, ha riscontrato che i campioni stessi non rispondevano, per elementi sostanziali, alle prescrizioni in vigore.

La locale Intendenza di finanza ha, pertanto, proceduto all'applicazione delle ammende ed alla confisca della farina, per un valore complessivo di lire 427 mila circa.

I molini contravventori appartengono alle ditte: Monaco di Misterbianco, Samperi Nicotra di Catania, Pace Sebastiano di Catania e Rosario Samperi di Acireale.

Sono in corso provvedimenti a carico di altri molini, nei cui prodotti si sono riscontrate altre irregolarità.

Il Ministro dell'interno alle istituzioni di rieducazione professionale.

Il Ministro dell'Interno, on. Orlando, ha disposto ulteriori erogazioni sul fondo di lire 500,000 stanziato in bilancio per assegnazione di sussidi ad istituzioni per la rieducazione professionale, a comitati, che si propongono l'assistenza agli invalidi della guerra, giusta gli articoli 13 e 14 del decreto luogotenenziale 10 agosto 1916, n. 1012.

Sono stati assegnati sussidi per l'importo complessivo di lire 222,000:

1. All'Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna; 2. Al Comitato per l'assistenza dei mutilati in guerra di Firenze; 3. Al Comitato per l'assistenza dei feriti agli occhi in guerra di Firenze; 4. Al Comitato per l'assistenza e la rieducazione dei mutilati in guerra di Napoli; 5. Al Comitato pro mutilati di Padova; 6. Al Comitato per l'assistenza dei militari ciechi di Padova; 7. Al Comitato provinciale pro mutilati ed invalidi di Pavia; 8. Al Comitato provinciale per la rieducazione dei mutilati ed invalidi della guerra di Pisa; 9. All'Istituto *Garibaldi* per i ciechi di Reggio Emilia; 10. Al Comitato provinciale pro mutilati in guerra di Udine; 11. Al Comitato provinciale per l'assistenza ai lavoratori mutilati in guerra di Venezia.

Profilassi delle malattie celtiche.

Il Ministero dell'Interno (Direzione San. pubb.) in data 16 genn. ha diramato una circolare ai prefetti, nell'intento di meglio coordinare le norme emanate già per impedire la diffusione delle malattie celtiche, con le particolari istruzioni impartite dalle Autorità sanitarie militari.

La circolare insiste sulla oculata estensione della

vigilanza al meretricio clandestino, specie nei centri di agglomeramento di militari ed operai.

Rivolge raccomandazione acciò nel piano di lotta contro la diffusione della sifilide sia tenuto sempre presente il pericolo derivante dal baliatico mercenario, richiamando al riguardo l'attenzione dei medici provinciali su quanto concerne l'allattamento nei brefotrofi e la vigilanza sanitaria sugli esposti.

Una conferenza su la profilassi celtica.

All'Istituto di igiene di Roma il prof. Rodolfo Stanziale ha detto una conferenza su la *Profilassi celtica nella economia della guerra*.

Foltissimo ed eletto il pubblico, al quale il conferenziere è stato presentato con nobile parola dall'on. prof. Sanarelli.

L'oratore rileva l'accentuazione statistica delle curve di morbilità celtica per il fenomeno della guerra, e dimostra la maggiore importanza sociale che ha nell'attualità la profilassi delle malattie veneree. Critica l'organizzazione profilattica nelle zone extrabelliche, raffrontando il regime di pace e quello di guerra.

Esamina i provvedimenti profilattici adottati dal comando supremo per la zona di guerra e ne loda in massima l'opportunità e l'efficacia; ma insiste sulla necessità di coordinare queste norme con quelle per le zone extrabelliche, dove si stabiliscono necessariamente focolai patologicamente interferentisi con i luoghi battuti per il continuo fluire e refluire degli uomini di truppa.

Dimostra quindi la necessità di accentrare in un unico organo la disciplina e la responsabilità della profilassi celtica.

Nota che anche per il particolare problema sociale, la guerra è apportatrice di salutari ravvedimenti della coscienza pubblica e della politica statale, e ne trae argomento per indagare quali provvedimenti cadranno e quali dureranno armonizzati per il dopo guerra.

Rileva ancora le numerose cause di infezione sifilitica extrasessuale negli ammassamenti umani determinati dalla guerra e sopratutto negli opifici industriali, in cui il gran numero degli operai in contatto, la promiscuità e gli utensili di lavoro moltiplicano le possibilità del contagio accidentale; propone norme di adeguata profilassi.

Chiude invocando più serene affermazioni del diritto sociale, che compiano, col simultaneo affermarsi delle altre scienze, il fato segnato dalle tradizioni storiche della nostra patria.

L'Istituzione Visconti di Modrone nel 1916.

La Istituzione Giuseppe Visconti di Modrone, diretta dal prof. Giuseppe Brambilla, ha pubblicato il Resoconto del lavoro compiuto nel 1916. Oltre le sedi centrali di Milano e Grazzano Visconti, funzionarono le sezioni di Crucoli, Ginosa, Rocchetta, S. Antonio e Sorano; venne inoltre esplicata una limitata attività anche a Pitigliano, Brindisi, Canna e Nocara.

Alcune Sezioni rimasero chiuse per richiamo alle armi dei dirigenti e per le condizioni speciali ed eccezionali create dalla guerra.

Anche la lotta contro la malaria e la propaganda a favore della colonizzazione interna, del rimboschimento e dell'igiene venne condotta con limitata intensità per le condizioni speciali del Paese. Larga fu la propaganda per l'italianità.

Un laticlavio.

La nomina a senatore del conte Gian Giacomo della Somaglia ne premia la fervida operosità, spesa a favore della nostra Croce Rossa, la quale è presieduta dall'eminente patrizio con grande abnegazione e con alto sentimento del dovere.

Anima nobilissima, mente aperta, spirito alacre, egli si è consacrato con ogni impegno al buon andamento dei molteplici servizi di campo e territoriali affidati alla umanitaria Istituzione.

Pro Croce Rossa.

Nel luglio 1915 sorse spontanea tra i ferrovieri l'iniziativa di concorrere con una quota fissa dello stipendio (1 %) ad alleviare i disagi delle famiglie dei richiamati alle armi per la guerra ed aiutare l'opera pietosa della Croce Rossa; l'iniziativa ha trovato eco volonterosa tanto che in 18 mesi sono stati raccolti tra i ferrovieri oltre due milioni di lire (2.004.000) e ne sono stati erogati due terzi ai Comitati di Organizzazione civile, ed un terzo alla Croce Rossa. La contribuzione continua.

La famiglia Bonafini ha generosamente donato alla Croce Rossa, che lo ha destinato in gran parte all'Ospedale territoriale Foscarini (Venezia), l'armamentario chirurgico del compianto dottore Giuseppe Bonafini.

Le oblazioni pervenute al Comitato Centrale alla data 12 febbraio ascendono a L. 11.072.256,30.

Nella commemorazione del sen. De Giovanni pubblicata nel fascicolo scorso, pag. 302, colonna sin., linea 9ª, deve leggersi Ateneo patavino.

Una malaugurata sciagura spegneva a Cesenatico (Forlì) la laboriosa esistenza del dott. **GINESIO MARCONI,** cap. med. di compl. Egli teneva quella condotta medica da 23 anni e si era guadagnate la benevolenza e la stima di tutti gli abitanti per il suo zelo nell'esercizio professionale e per la sua cordiale bontà. Era stato assunto nell'Esercito come volontario sin dall'agosto 1915. Aveva ottenuta ora una licenza invernale.

Lasciando l'abitazione di un amico per rincasare, la sera del 18 gennaio u. s., doveva percorrere la strada che costeggia il porto-Canale; ma una bufera di nevischio e la completa assenza dell'illuminazione pubblica lo fecero cadere ove già altre persone, per la stessa causa, avevano incontrato la morte. Il suo corpo fu trovato dodici ore dopo sulla scogliera del porto.

La salma fu seguita dal rimpianto commosso di tutta la cittadinanza.

L.

Rassegna della stampa medica.

The Journal Amer. Med. Ass., 30 dic. TRIMBLE e a: Trattamento della sifilide. LOEB e a.: Malattie dei seni facciali.

Surg., Gyn. a. Obst., gen. W. J. MAYO e a.: Nefrolitiasi. NOBLE: Il fattore costituzionale in ginecologia ed ostetricia.

The Americ. Journ. Med. Sc., gen. MENDEL: Anomalie di sviluppo. LUSK: Il metabolismo intermedio nel diabete. AUSTIN e JONAS: Acidosi. LOSEE e VAN SLYKE: Tossiemie della gravidanza.

Bull. d. Sc. Med., dic. CAVINA: Le ferite d'arma da fuoco penetranti nel ginocchio.

La Pediatria, gen. CARONIA: Nuovi metodi di vaccinoterapia paratifica e antiparatifica.

La Presse Méd., 11 gen. LESIEUR: Gastro-enteriti uremigene. MARQUIS: L'alcool nella disinfezione delle mani.

L'Attualità Med., dic. ALLARA: Il magnetismo negli animali e nelle piante.

Edinb. Med. Journal, gen. HART: Le pelvi di Naegele e di Robert. BRAMWELL: La prognosi nella sclerosi disseminata. ADAMS: Lo studio di un personaggio di Zola: il dott. Pascal Rougon.

La Radiologia Med., nov.-dic. CORBINO e TRABACCHI: Nuovi dispositivi per alimentare i tubi a raggi X. PERUSSIA: Studio radiologico nelle fratture della base del cranio. SARACENI: Radiologia cardiaca di guerra.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 11 gen. MANTELLI: Sindrome di compressione di un tronco nervoso da ectasia venosa traumatica consecutiva a ferita di guerra.

The Lancet, 13 gen. DEAN: Il meccanismo delle siero-reazioni. SHEARES: Secrezione nasale e sviluppo del meningococco.

The Brit. Med. Journal, 13 gen. HULL: Trattamento delle ferite con paraffina. FISHER, FINLAYSON: Sulla dissenteria.

Riv. crit. di Clin. Med., 13 gen. CASTALDI: Sulla vaccinazione anticolerica.

Pensiero Med., 14 gen. RUGGI: Ferite da arma da fuoco: voluminosa raccolta ematico-biliare sottodiaframmatica. — 21 gen. MICHELI: Sull'anemia perniciosa gravidica.

La Clin. Ostetr., 15 gen. LA TORRE: I bacini viziati.

La Presse Méd., 18 gen. DALIMIER: Tossicità del cloridrato d'emetina.

La Riforma Med., 20 gen. RAVENNA: Osservazioni ematologiche nei vaccinati contro il tifo, sani e tifosi.

The Boston Med. a. Surg. Lournal, 11 genn. MC. COY: Lebbra e salute pubblica. GREGG: Sul trattamento delle psiconeurosi.

L'Ig. della Scuola, genn. CEPPELLINI: L'educazione fisica nella scuola.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 11 marzo 1917* Fasc. 11.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Patologia Generale della R. Università di Bologna

Prof. GUIDO TIZZONI, direttore.

Ricerche batteriologiche sulle psicosi pellagrose.

Durante l'anno 1915 io ho intrapreso insieme al dott. Carlo Alzona delle ricerche sulle psicosi pellagrose, profittando del ricco ed importante materiale che egli poteva avere a sua disposizione come medico del Manicomio di Mombello.

Tali ricerche furono interrotte dall'attuale guerra; ma intanto io credo opportuno render di pubblica ragione le conclusioni cui sono arrivato nella parte batteriologica di mia spettanza, in attesa che il dott. Alzona possa fornire le notizie e le considerazioni cliniche che in proposito egli si è assunto di compilare e render possibile così la pubblicazione del lavoro completo.

Ecco le conclusioni alle quali io sono pervenuto.

In tutti i casi di psicosi pellagrosa si ritrova nel sangue, *senza eccezione alcuna*, la presenza del germe specifico della pellagra da me descritto.

Lo stesso reperto batteriologico fu ottenuto in un caso anche dal liquido cefalo-rachidiano, dalla milza e dalle squame epidermiche di una forma grave e diffusa di dermatite pellagrosa.

La ricerca batteriologica del sangue vale così a stabilire sicuramente la natura della malattia ed a rischiarare la diagnosi clinica nei casi dubbi o solamente sospetti, in cui cioè la sindrome morbosa ed i precedenti anamnestici non permettono formulare un giudizio assoluto.

Il germe specifico della pellagra compie nel corpo lo stesso ciclo evolutivo che presenta fuori dell'organismo, alla vita saprofitica.

Le trasformazioni che avvengono nell'interno del corpo si svolgono ordinariamente in modo assai più lento di quelle che si verificano all'esterno.

Le variazioni morfologiche del germe in parola possono compiersi, nell'uno come nell'altro caso, tanto in senso ascendente quanto in senso discendente del ciclo evolutivo normale, costituito dalle tre fasi, iniziale, media e terminale, rispettivamente a tipo bacillare, streptococcico, e stafilococcico, o passando dall'una all'altra fase in modo saltuario, irregolare.

Le variazioni in senso discendente sono in ogni caso assai più frequenti di quelle in senso ascendente, per la tendenza che ha sempre il germe in questione a passare alle forme evolutive terminali (stafilococciche) che sembrano essere le meno mutabili, le più resistenti.

Nella evoluzione che il germe compie nel corpo o fuori del corpo, talora svolge con maggiore o minore rapidità l'intiero ciclo evolutivo, talora si sistematizza in una delle tre fasi ricordate per un tempo assai vario che può essere anche molto lungo.

La presenza del germe in circolo si continua per anni, e può esservi dimostrata anche in forme miti di pellagra, in cui al momento della ricerca manca qualsiasi manifestazione. Ciò fu constatato pure in ammalati ricoverati da lunghissimi anni in un Manicomio, che persistevano più cronici e più pellagrosi che mai, e che andavano soggetti anche a periodiche riacutizzazioni, senza che per essi potessero invocarsi nuove infezioni od intossicazioni di origine alimentare, e senza potersi trovare nella dieta manicomiale un favorente dell'avitaminosi.

Le accennate variazioni morfologiche del germe, si accompagnano sempre a corrispondenti variazioni nelle sue proprietà biologiche e colturali.

Alcune volte queste variazioni vanno di pari passo; altre volte avvengono in tempo diverso, in modo che le variazioni colturali sono precedute da quelle morfologiche e biologiche. Così si producono forme di transizione o tipi ibridi, che per le loro proprietà si comportano come appartenessero a figure batteriche differenti, e formano quelle rare eccezioni che solo apparentemente sembrano infirmare la regola.

Le cause delle trasformazioni che avvengono nell'organismo non ci sono note; solo si può constatare che esse corrispondono sempre a variazioni nella qualità ed intensità dei sintomi morbosi quali si verificano nel passaggio dalle sindromi morbose acute a quelle più lente e nel riaccendersi di una forma pellagrosa latente.

Le trasformazioni esterne non sempre sono apparenti e determinate solamente da una selezione naturale operatasi per effetto del mezzo nutritivo; invece il più spesso sono variazioni reali delle qualità morfologiche del germe che si compiono sotto l'influenza dello stesso siero del pellagroso, della composizione del substrato nutritivo, dell'invecchiamento della coltura, ecc. ecc.

Al quadro clinico delle varie psicosi d'origine pellagrosa corrisponde una determinata fase evolutiva del germe; perciò l'esame batteriologico del sangue vale, non solo a confermare od a rischiarare la diagnosi clinica sulla natura della malattia, ma fino ad un certo punto permette di riconoscere ancora la speciale forma morbosa.

Nella psicosi a sindrome amenziale predomina la fase evolutiva media, a tipo streptococcico. Nella psicosi melanconica e demenziale si trova come fondamento la forma terminale, a tipo stafilococcico, per il solito scolorato; con questo venendosi a riconoscere un legame genetico fra malinconia e demenza.

La presenza del tipo bacillare della fase iniziale, sta frequentemente in rapporto con riacutizzazioni di alcune manifestazioni pellagrose, specie di quelle cutanee ed intestinali.

La grande polimorfia della coltura originale, sopratutto la presenza di ricordi genetici o di connessioni col ceppo originale da cui il germe della pellagra è derivato (filamenti indivisi — forme sporali, ecc.) sono sempre segni di acutezza e di malignità del processo.

Oltre alle forme pure date dalla presenza di un solo tipo batterico, si hanno forme associate, nelle quali si trovano insieme altri tipi che rappresentano residui o ritorni alle fasi precedenti, ovvero tendenze e passaggi alle fasi successive.

Nelle psicosi amenziali si hanno frequentemente residui delle fasi iniziali, a tipo bacillare, da cui la forma streptococcica predominante deriva; e talune volte associazioni col tipo stafilococcico, quando la forma acuta sta per passare nella forma più lenta e lo stato amenziale si trasforma nello stato demenziale.

Nella psicosi a sindrome melanconica e nella demenza pellagrosa le forme miste possono essere interpretate come effetto di una riacutizzazione del processo pellagroso ed un ritorno del germe alla fase iniziale a tipo bacillare, o come la persistenza nell'organismo di alcuni stipiti più resistenti del tipo streptococcico che spiegano la forma clinica anormale, in cui, accanto alla sindrome melanconica o demenziale, si hanno episodi di agitazione, ricorrenze di stato maniacale o ipomaniacale come continuazione di fenomeni già presentati in un periodo acuto, antecedente, della malattia.

Stando quindi agli effetti che si osservano nell'uomo sul sistema nervoso, deve ritenersi il tipo streptococcico come il più tossico; meno tossico il tipo stafilococcico, indifferente il tipo bacillare.

La diversità nell'azione dei due tipi streptococcico e stafilococcico può dipendere, tanto da tossine diverse che si formerebbero nelle due

corrispondenti fasi evolutive, quanto dal loro grado di attività e di attenuazione.

Mancano elementi sicuri per decidere tale questione; solo vogliamo ricordare che in favore della prima ipotesi starebbe il fatto che ai due tipi batterici ricordati, corrispondono proprietà biologiche molto diverse.

La poca o nessuna tossicità del tipo bacillare sul sistema nervoso, sarebbe d'altra parte confermata dalla mancanza di ogni sua attività coagulante, scomponente, fermentativa dimostrata alla vita saprofitica.

In conclusione la pellagra sarebbe sostenuta da un germe che non ha riscontro in quelli patogeni noti; e non solamente perchè può presentarsi sotto forme batteriche diverse, ma anche perchè ciascuna forma batterica possiede proprietà biologiche molto differenti e verosimilmente produce tossine diverse per qualità e per forza, da cui le differenti sindromi morbose alle quali quella speciale forma batterica del germe corrisponde.

STRUMENTI ED APPARECCHI NUOVI.

Nuovo apparecchio ad estensione per fratture dell'omero

DEL CAV. DOTT. GOFFREDO PIERUCCI,
Maggiore Medico.

Questo apparecchio serve per ottenere nel *modo più semplice e facile, la estensione e la controestensione dell'omero,* indispensabili nel trattamento delle fratture della diafisi di questo osso, sia semplici che esposte, con accavallamento dei frammenti, ed anche in casi di resezione della spalla.

Il principio sul quale è basata l'azione dell'apparecchio che descriviamo, per ottenere la estensione e la controestensione dell'omero fratturato, è ben noto, e non ha bisogno di illustrazione, poichè è quello stesso sul quale si basa anche il *classico apparecchio d'Hennequin* conosciutissimo e sanzionato da lungo uso, e sul quale sono basati anche gli altri apparecchi consimili, dal più antico al modernissimo, come quello del Delbet, in uso in Francia.

L'apparecchio in parola, riunendo i pregi degli apparecchi consimili, possiede in più queste specialità:

1° è di facilissima applicazione;

2° di esatta e completa sorveglianza;

3° non costringe l'ammalato a posizioni incomode;

4° non ostacola la medicazione delle ferite nei casi di fratture esposte (vedi fig. N. 3);

5° la estensione e la controestensione si graduano esattamente e facilmente con una semplice vite;

6° l'apparecchio serve ugualmente sia per l'arto destro che per il sinistro.

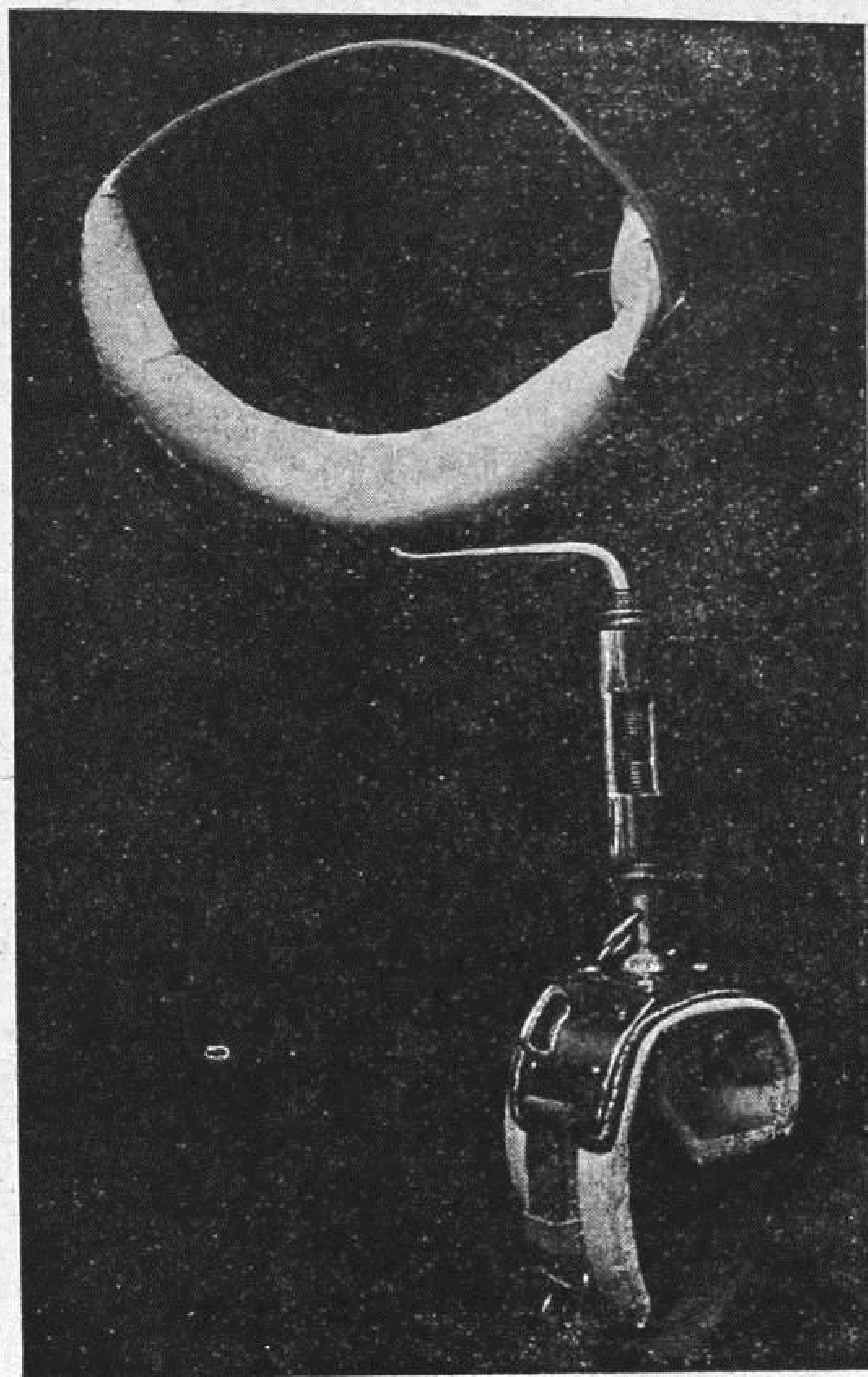


Fig. 1.

L'apparecchio (vedi figura) consta di *due parti*: una superiore od *ascellare,* ed una inferiore od *antibrachiale.*

La parte superiore (ascellare) è composta di un *sottoascellare,* convenientemente imbottito ed adattabile al cavo ascellare, e che può fissarsi al disopra della spalla con apposita cinghia e fibbia. Al disotto ed alla metà di questo *sottoascellare,* è fissata *un'asta piegata a gomito* e che termina con un *passo di vite.*

La parte inferiore (od antibrachiale), è costituita da un semibraccialetto metallico, anch'esso imbottito in modo adatto per essere fissato con apposita cinghia all'avambraccio. Questo semibraccialetto, nel mezzo della sua parte superiore, porta *un'asta di ferro diritta,* che termina anch'essa con *un passo di vite.*

Quest'asta non è fissa nel semibraccialetto, ma è limitatamente mobile in tutti i sensi, mediante *un attacco snodato a mezzo di callotta.*

Poco al disopra di questa articolazione, trovasi infilato nell'asta un anello, che serve per impedire che l'asta giri, girando *il manicotto a due viti contrarie,* di cui parleremo appresso.

Vicino ad uno dei margini del semibraccialetto metallico ed ai lati dell'attacco snodato a

mezzo di callotta, trovansi *due magliette* che, come vedremo, servono per fissare con una fascia od una cinghia il semibraccialetto al braccio, impedendogli di scorrere in avanti sull'avambraccio.

La specialità dell'apparecchio consiste, come si è detto, *nel manicotto a due viti contrarie* il quale unisce le due parti dell'apparecchio stesso, e che avendo *due andamenti differenti di vite*, fa sì, che ad ogni movimento che s'imprime al manicotto, a seconda che esso si gira verso destra o verso sinistra, le due aste di ferro delle due parti dell'apparecchio, si allontanano o si avvicinano: allontanandosi, aumentano la distanza fra il sotto ascellare ed il semibraccialetto; onde, quando l'apparecchio è in sito, si esercita una pressione in alto verso il cavo ascellare (controestensione), ed una in basso verso l'avambraccio (estensione): pressione la quale, come è facile comprendere, si può aumentare o diminuire (aumentando quindi o diminuendo il grado di estensione o di controestensione) allontanando od avvicinando le due aste dell'apparecchio, ossia girando il manicotto a destra od a sinistra.

Raggiunto il grado voluto di estensione e controestensione, per impedire che il manicotto si sposti da sè nei movimenti dell'ammalato, alle due estremità del manicotto stesso, sono avvitate *due controviti*, che servono per serrare in alto e in basso questo manicotto impedendogli di muoversi, e fissandolo nella giusta posizione voluta.

Altro particolare vantaggioso dell'apparecchio, è quello di potere *servire indifferentemente per l'arto destro e per il sinistro.*

L'applicazione dell'apparecchio è delle più facili (vedi fotografia N. 2).

L'apparecchio prima di essere messo a posto, deve guardarsi che sia *chiuso*, ossia che le due aste a vite risultino a contatto.

Imbottita convenientemente l'ascella con cotone, si applica il sottoascellare (a destra o a sinistra secondo il bisogno) e si fissa con l'apposita cinghia al disopra della spalla.

Si applica quindi il semibraccialetto all'avambraccio, previa sempre imbottitura con cotone. L'avambraccio deve essere flesso ad *angolo retto*, e mantenuto in questa posizione solidamente da un triangolo o fascia robusta appeso al collo, come nell'*Hennequin*.

Indi si fissa il semibraccialetto all'avambraccio stesso, con l'apposita cinghia, e, per impedire che scivoli verso il polso ,si fa passare un ansa di fascia dietro il 3° inferiore del braccio, e si ferma alle due magliette, che appositamente sono applicate al semibraccialetto metallico. Così pure, per impedire che la cinghia che ferma il sotto ascellare sulla spalla scivoli in fuori, è opportuno che venga fissata con una cinghietta o con un giro di fascia alla cocca destra o sinistra (a seconda del lato dove si applica l'apparecchio) della fascia o triangolo che sostiene l'avambraccio al collo.

Messo così a posto l'apparecchio, e, ripetiamo, applicato il triangolo all'avambraccio per mantenerlo ad angolo retto od anche più sollevato se si vuole ottenere, a seconda dei casi, una estensione ed una contro estensione più accentuata, fissato il semibraccialetto *più o meno vicino al gomito*, come richiederà l'indicazione, e fermato nella posizione voluta con un ansa



Fig. 2.

di fascia che passi dietro l'estremo inferiore del braccio e si fermi alle due magliette del semibraccialetto stesso, per *iniziare l'estensione e la controestensione, basta soltanto girare il manicotto da destra a sinistra sempre, sia che l'apparecchio venga applicato all'arto destro che al sinistro*: si girerà il manicotto in questo senso quel tanto che si vuole, a seconda del grado di estensione o controestensione che si cerca ottenere: manovra questa, come si vede assai semplice, e che *permette di essere fatta anche all'oscuro, controllandone il resultato con la radioscopia.*

Ottenuto il grado voluto di estensione e controestensione, si ferma il manicotto nella posizione che si desidera, applicandovi agli estremi le due controviti, che si avvitano, a questo scopo, l'inferiore dal basso in alto, la superiore dall'alto in basso.

Per fare ritornare l'apparecchio *chiuso*, si svitano le due controviti applicate all'estremità del manicotto (l'inferiore dall'alto in basso, la superiore dal basso in alto) fino al termine del passo di vite: il manicotto resta così libero: *girando da sinistra a destra, l'apparecchio torna a chiudersi*, ossia ad accorciarsi.

Se insieme al manicotto girasse l'asta inferiore che ha l'attacco a callotta, per tenerla fissa, si ricorre all'anello che vi è applicato.



Fig. 3.

L'utilità di questo apparecchio, specie nei momenti attuali, risulta evidente, data anche la estrema facilità di manovra e di sorveglianza, che di per sè stessa costituisce uno dei pregi migliori.

L'apparecchio è brevettato.

Zona di Guerra, luglio 1916.

SERVIZI SANITARI.

Ancora a proposito dei servizi sanitari campali.

Ho letto, con alquanto ritardo, ma non con minore interesse, l'articolo del Maggiore medico dottor Guido Mendes « Insegnamenti della guerra sui Servizi Sanitari Campali », pubblicato nel fascicolo I° del *Policlinico* (Sezione Pratica, 1917) e consento pienamente con lui sulla necessità d'apportare alla organizzazione del Servizio sanitario campale quelle modificazioni e quelle innovazioni che sono il risultato della esperienza della guerra attuale.

Non mi occuperò, qui, delle proposte formulate dal Mendes, circa il servizio sanitario reggimentale e circa le organizzazioni ospedaliere funzionanti fuori della zona di combattimento propriamente detta.

Mi limiterò solo a poche considerazioni intorno *al problema della ospedalizzazione nella zona stessa di combattimento e dello sgombero dei feriti dai posti di medicazione reggimentali fino agli ospedali delle retrovie*; e dirò subito che la soluzione proposta dal Mendes non pare che possa essere, in pratica, la più atta a raggiungere pienamente lo scopo.

Secondo il Mendes, il compito della ospedalizzazione in zona di combattimento e dello sgombero *a tergo* dovrebbe essere affidato a due organi, dei quali egli propone la istituzione e cioè:

1° *Reparti di ospedalizzazione avanzati*, che dovrebbero funzionare nelle prime linee e che « non dovrebbero, come personale e come materiale, differire molto dagli attuali Ospedaletti da 50 letti ».

Se non chè, secondo il Mendes, tali *Reparti avanzati*, oltre al compito della ospedalizzazione *in sito* degli intrasportabili, dovrebbero provvedere, altresì, allo *sgombero di tutti i feriti dai posti di medicazione reggimentali alla propria sede di funzionamento*; e, a tale scopo, dovrebbero essere forniti di un adeguato numero di portaferiti e dei necessari mezzi di trasporto (barelle, carri, autoveicoli, ecc.). Per cui, tali Reparti verrebbero ad essere, in pratica, organi a doppia funzione e cioè: funzione di sgombero (trasporto di tutti i feriti dai posti di medicazione reggimentali alla sede d'impianto dei Reparti stessi) e funzione di ospedalizzazione (per i soli feriti gravi, non suscettibili di ulteriore trasporto).

Al successivo trasporto dei feriti agli ospedali delle retrovie dovrebbero provvedere le

2° *Sezioni sanitarie di smistamento e trasporto*, che avrebbero il *solo ed esclusivo compito dello sgombero dei feriti dai Reparti di ospedalizzazione avanzati agli ospedali delle retrovie* e da assegnarsi, secondo il Mendes, in numero di due o tre per ciascun Corpo d'Armata.

A tali proposte del Mendes si possono muovere, a me pare, alcune osservazioni.

Innanzi a tutto, l'istituzione dei *Reparti di ospedalizzazione avanzati*, ai quali dovrebbe essere affidata la duplice funzione dello sgombero di tutti i feriti dai posti avanzati di medicazione e della ospedalizzazione in zona di combattimento, non eliminerebbe in pratica gli inconvenienti che si verificarono con le attuali Sezioni di sanità, le quali dovendo, appunto,

funzionare, simultaneamente, come organi di sgombero e di ospedalizzazione, non possono sempre, in eguale misura, assolvere tale doppia funzione. Del resto, basta pensare al compito, di per sè stesso, soverchiante, dello sgombero dei feriti dai posti di medicazione, in giornate di combattimento, e al loro affluire tumultuario ai Reparti di ospedalizzazione avanzati, per convincersi subito che la funzione dello sgombero, per forza di cose, finirebbe per prevalere completamente su quella della ospedalizzazione, e a tutto danno di questa, come si verifica, attualmente, presso le Sezioni di sanità.

Senza contare che i mezzi di materiale e di personale indispensabili per assicurare la doppia funzione, farebbe dei *Reparti* in parola degli organismi eccessivamente complicati e ingombranti, non molto dissimili dalle attuali Sezioni di sanità e con tutti gli inconvenienti che ne conseguono.

A me pare, e parlo per diretta e personale esperienza, che *ciò che occorre per render più pronto e meglio rispondente ai bisogni il Servizio sanitario campale sia la esistenza di organi ben distinti e specializzati sia per lo sgombero che per la ospedalizzazione.* Senza tale netta differenziazione non si farebbe che perpetuare, sia pure sotto altra denominazione, l'attuale stato di cose.

D'altra parte, per ottenere la necessaria differenzazione dei due servizi in parola, ospedalizzazione e sgombero, non si renderebbe neppure necessaria la creazione di nuovi organi. Basterebbe solo una più conveniente semplificazione e una più propria utilizzazione di quelli attualmente esistenti: ciò che consentirebbe anche una immediata attuazione.

Infatti, per la *ospedalizzazione in zona di combattimento* risponderebbero ottimamente, come ammette anche il Mendes, gli attuali Ospedaletti da 50 letti, con quelle opportune modificazioni che la pratica attuale ha già additato, *assegnandovi personale tecnicamente adatto ed eliminando dalle loro dotazioni di materiale tutto ciò che è inutile o superfluo.* Ma per poter assolvere il loro compito specifico della assistenza chirurgica in 1ª linea e della ospedalizzazione *in sito* dei feriti intrasportabili, tali Ospedaletti dovrebbero funzionare, *effettivamente*, nelle immediate vicinanze della prima linea: ciò che, di solito, attualmente non si verifica e contrariamente allo spirito stesso pel quale vennero istituite tali Unità sanitarie.

Gli Ospedaletti avanzati dovrebbero essere organi divisionali e potrerebbero essere assegnati ad ogni Divisione di fanteria in numero di due.

Quanto allo *sgombero dei feriti dai posti di medicazione a tergo*, dirò subito che tale compito potrebbe essere, senz'altro, mantenuto dalle attuali Sezioni di sanità.

A tale scopo, però, e ad ottenere la loro massima efficienza in questo senso, le Sezioni di sanità dovrebbero essere liberate dal compito dell'assistenza chirurgica e della ospedalizzazione *in sito*: compito al quale attualmente, e malgrado l'inadeguatezza di mezzi, devono pure, per necessità di cose, in qualche modo, provvedere, per il fatto che quasi sempre gli Ospedaletti da 50 letti, vengono impiegati a troppa distanza dalla linea di combattimento perchè si possa fare assegnamento su di essi per lo scopo suddetto.

Nella Sezione di sanità *si dovrebbe imperniare tutta, ed esclusivamente, la funzione del servizio di sgombero dai posti di medicazione fino alle retrovie,* la quale, naturalmente, si collegherebbe e si integrerebbe con quella dello smistamento dei feriti sui vari ospedali. Per modo che la Sezione di sanità avrebbe il compito:

1° di provvedere allo sgombero dai posti di medicazione di tutti i feriti;

2° di ricoverare negli Ospedaletti divisionali avanzati, i quali dovrebbero impiantarsi, quanto più è possibile, in vicinanza delle truppe combattenti, *solo* i feriti intrasportabili ulteriormente o quelli pei quali si rendesse *indispensabile* la revisione della medicatura o l'apprestamento di un soccorso di urgenza;

3° di trasportare *direttamente* presso gli stabilimenti sanitari delle retrovie tutti gli altri feriti, che sono la gran maggioranza.

Non mi soffermerò ad accennare alle ragioni per le quali anche la Sezione di sanità dovrebbe continuare ad essere, come è attualmente, organo divisionale. Aggiungerò che potrebbe, molto opportunamente, essere mantenuta la attuale sua costituzione su tre reparti o nuclei: un reparto-base, corrispondente all'attuale reparto carreggiato, presso il quale avrebbe sede il Comando della Sezione, e due reparti corrispondenti agli attuali reparti someggiati, organizzati specialmente per il funzionamento in zona montuosa.

La opportunità di mantenere la Sezione su tre reparti è determinata dalla necessità di dover, quasi sempre, impiantare più stazioni di raccolta e di smistamento, dalle quali, di sovente, è necessario irradiare posti di collega-

mento e di ristoro, e ciò specialmente nella guerra di montagna.

Però, limitata la sua funzione al solo sgombero e smistamento dei feriti, la Sezione di sanità potrebbe, vantaggiosamente, alleggerirsi di tutto quel materiale che non fosse richiesto da tale specifica funzione e che ne costituisce, ora, la parte più ingombrante.

E così, senza scendere a dettagli, accennerò che anche i presidî sanitari in dotazione a ciascun Reparto potrebbero essere ridotti allo strettamente necessario: salvo una più larga scorta di materiale di medicazione e sanitario di cui potrebbe essere fornito il Reparto-base della Sezione, che dovrebbe, come attualmente, funzionare, altresì, come organo di rifornimento per le truppe della Divisione.

Invece, dovrebbe essere sensibilmente aumentata la dotazione dei mezzi di trasporto, specialmente barelle e autoveicoli, proporzionandola, volta per volta, ai bisogni, alle circostanze e alle speciali condizioni del terreno dove si opera. Aggiungerò che potrebbero essere, molto vantaggiosamente, abolite le cosidette carrette e carri di sanità, attualmente in dotazione, e che ai veicoli a trazione animale si dovrebbero sostituire, almeno in parte, veicoli a trazione meccanica: con che si avrebbe il vantaggio di poter utilizzare tali autoveicoli, oltre che per il trasporto del materiale, anche per lo sgombero dei feriti, aumentando, così, la efficienza di sgombero della Sezione.

Si potrebbero, altresì, ridurre, se non assolutamente abolire, gli attuali *carri per feriti;* trattandosi di un mezzo insufficiente, incomodo e ingombrante e sul quale, specialmente in zona montuosa, spesso non si può fare assegnamento, come ha dimostrato l'esperienza della guerra attuale.

Inoltre, anche il personale, sia medico che gregario, potrebbe essere sensibilmente ridotto.

Riducendo la Sezione di sanità a semplice organo di sgombero e di smistamento, per ciascuno dei suoi reparti, o nuclei, basterebbe un solo ufficiale medico. Quanto al personale di truppa, e per quanto la proposta possa sembrare troppo radicale, io credo che si potrebbe fare a meno, senza alcun inconveniente, del numeroso stuolo dei così detti *portaferiti*, i quali costituiscono un inutile ingombro per la Sezione quando questa non funziona in combattimento e che, d'altra parte, non si dimostrano mai sufficienti al bisogno in caso di molta affluenza di feriti, specialmente in montagna; tanto che, quasi sempre, per lo sgombero dai posti di medicazione, debbono essere impiegati soldati dei reparti territoriali e presidiari, se non devono concorrere, addirittura, elementi dei reparti combattenti. Pertanto, riducendo opportunamente il personale ed eliminando, senz'altro, i portaferiti, che potrebbero essere sostituiti da portatori forniti dai reparti territoriali o presidiari e da richiedersi, volta per volta e nella misura necessaria, l'organico di ciascun reparto della Sezione potrebbe essere costituito, presso a poco, da un sottufficiale e da una ventina tra graduati e uomini di truppa di Sanità.

Si realizzerebbe, così, anche il vantaggio di rendere disponibile un elemento fisicamente idoneo e che potrebbe essere impiegato, più utilmente, nelle unità combattenti.

Per tal modo, ridotta alla sola specifica funzione del trasporto e dello smistamento dei feriti, alleggerita del personale e del materiale superfluo, la Sezione di Sanità, potrebbe costituire, veramente, un organismo armonico e pienamente rispondente allo scopo.

Al Comando della Sezione dovrebbe far capo tutto ciò che riguarda il servizio di sgombero dei feriti, in tutto il settore di combattimento della Divisione, dai posti di medicazione reggimentali fino agli ospedali delle retrovie, e dovrebbe essere di esclusiva competenza di chi dirige tale servizio il razionale impiego dei vari mezzi di trasporto, sia in dotazione alla Sezione, sia da richiedersi, volta per volta, a seconda delle speciali necessità.

E poichè la semplificazione e la soppressione degli organi superflui, o non strettamente necessari, sarebbe a tutto vantaggio della efficienza e della scioltezza del servizio sanitario campale, io penso anche che sarebbe opportuno l'abbinamento delle funzioni dell'attuale Capo Ufficio di Sanità con quelle di Comandante della Sezione, o viceversa, conservando, poco importa, l'una e l'altra di tali denominazioni, e assegnando a coadiuvare l'ufficiale medico superiore, incaricato di tali funzioni direttive, un subalterno medico in qualità di segretario.

Considerando, adunque, il problema dello sgombero dei feriti e della ospedalizzazione *in sito* in rapporto ai bisogni di una Divisione di fanteria, che è l'unità tattica tipica, si può concludere che *ogni Divisione, oltre ai mezzi per il servizio sanitario reggimentale, dovrebbe disporre di organi proprî e distinti per la ospedalizzazione e per lo sgombero.*

E precisamente:

A) *per lo sgombero a tergo dei posti di medicazione e per lo smistamento dei feriti,* una *Sezione di sanità,* costituita su tre reparti o nuclei: due reparti organizzati specialmente per

il funzionamento in montagna e un reparto-base, che dovrebbe funzionare, altresì come organo di rifornimento di materiale sanitario per le truppe della Divisione.

A ciascun reparto dovrebbe essere assegnato un ufficiale medico, un sottufficiale e una ventina fra graduati e soldati di Sanità. Detti tre reparti dovrebbero essere alla dipendenza di un ufficiale medico superiore, che potrebbe avere anche le funzioni dell'attuale Capo Ufficio di Sanità divisionale, e al quale dovrebbe essere addetto, in qualità di segretario, un ufficiale medico subalterno.

La Sezione dovrebbe avere una dotazione adeguata di mezzi di trasporto, specialmente barelle e autoveicoli, aumentabili in proporzione del bisogno e delle speciali necessità.

B) *per la ospedalizzazione in sito*, e cioè nella zona di combattimento, *due Ospedaletti da 50 letti*, opportunamente modificati e ridotti di tutto il materiale inutile ed ingombrante, i quali dovrebbero funzionare il più vicino che è possibile alla linea di combattimento e in quei punti dove, di solito, attualmente, si impiegano i reparti someggiati delle Sezioni di sanità.

Pertanto, con una conveniente semplificazione degli organi già esistenti e con la necessaria specializzazione e un più adatto impiego dei medesimi, non sarebbe difficile eliminare gli inconvenienti e le deficienze che attualmente si verificano, assicurando al servizio sanitario campale, oltre alla maggiore efficienza, quella agilità e quella scioltezza che devono essere le sue qualità caratteristiche.

PIETRO FERRARI
dalla 27ª Sezione di sanità.

Il maggiore Ferrari si preoccupa, in sostanza, della eventualità che, nei *reparti di spedalizzazione avanzati*, la duplice funzione di raccolta e di spedalizzazione possa ingenerare confusione.

Pur dando il debito peso a tale opinione di un provetto e competentissimo collega, continuo a ritenere che, se a ciascun reparto di ospedalizzazione avanzato fosse assegnata una leggera *colonna mobile* di una quarantina di portaferiti, ben disciplinati e ben inquadrati, tale confusione non dovrebbe avvenire, anche nelle giornate di importanti combattimenti, e l'azione di raccolta e trasporto non ostacolerebbe il funzionamento degli ospedaletti destinati a ricoverare gli intrasportabili.

Occorrerebbe indubbiamente stabilire una certa divisione di lavoro fra il vario personale di queste formazioni, e forse fra le formazioni stesse; ma già fin d'ora, nei tomi di mobilitazione, c'è, per l'organico degli ospedaletti, una netta distinzione tra la categoria degli infermieri e quella dei portaferiti, distinzione della quale, in pratica, si tiene oggi poco conto.

Come ho già accennato, si tratterebbe soltanto di aumentare il numero di questi portaferiti, e costituirli in una specie di reparto aggregato a ciascuna unità ed essenzialmente destinarlo al servizio di raccolta e trasporto, a tergo del posto di medicazione.

L'ospedaletto dovrebbe essere in altri termini un punto di partenza da cui tali reparti, muniti di mezzi adeguati, muoverebbero verso i posti di soccorso più avanzati, ad incontrarsi coi portaferiti reggimentali.

Pel resto, circa cioè la situazione e l'impianto degli ospedaletti avanzati, vedo che il collega Ferrari concorda perfettamente con me, e ne sono lieto.

A proposito della Sezione di sanità invece la divergenza delle nostre vedute si rende apprezzabile. Infatti il Ferrari opina che alla Sezione di sanità debba essere mantenuto tutto il compito dello sgombero dei feriti dai posti di medicazione fino alle più lontane retrovie.

A mia volta mi permetto di osservare che tale compito è troppo vasto e si esplica su una zona di terreno assai estesa per una unità sola, quale è la Sezione di sanità; ed è per questo appunto che avevo proposto che lo sgombero dei feriti immediatamente a tergo dei posti di medicazione fosse affidato alle colonne dei portaferiti dei reparti di ospedalizzazione avanzata, mentre l'ulteriore sgombero alle retrovie verrebbe assolto dalle *Sezioni trasporto*, che in sostanza sostituirebbero le attuali Sezioni di sanità.

Che se poi la Sezione di sanità dovesse essere mantenuta quale è ora, non vi sarebbe nulla da obbiettare circa le critiche e le proposte di modificazioni che a proposito del materiale nella Sezione stessa espone il maggiore Ferrari.

L'abbinamento, invece, delle due cariche di Capo Ufficio di sanità divisionale e di Comandante di sezione mi sembra una proposta un po' troppo semplicista, considerato che le mansioni del Capo Ufficio di sanità possono assumere tale importanza da non permettere, a chi ne è investito, di cumulare anche le responsabilità ed i sopraccapi che non mancano, certamente, al Comandante della Sezione.

E così, pure, io andrei assai cauto nel rinunziare all'opera dei giovani e valorosi portaferiti, siano essi addetti a sezioni o ad ospedaletti avanzati, per sostituirla con elementi forniti dai reparti territoriali o presidiarii, da richiedersi volta per volta, come proporrebbe il collega Ferrari. Maggiore medico G. MENDES.

DIVAGAZIONI.

Per l'avvenire del libro italiano di medicina.

Voglio far note ai lettori del *Policlinico* alcune considerazioni pratiche suggerite dall'ordine del giorno col quale il prof. Loria chiuse la sua relazione sul « Libro italiano » nella riunione dell'Associazione nazionale dei professori universitari in Roma; ordine del giorno, che è — o dovrebbe essere — il primo segno tangibile di un profondo rivolgimento diretto all'emancipazione della cultura scientifica italiana dal mercato librario straniero, con progressiva sostituzione di trattati nazionali agli esotici, soprattutto ai tedeschi.

Saggio e opportuno per ogni ramo della scienza, questo programma è tanto più necessario per la medicina, in quanto essa — o mi sbaglio — è, sotto tale punto di vista, un po' la Cenerentola della case editoriali italiane: basti considerare che, mentre ormai non si contano fra noi gli editori d'altre opere scientifiche e tecniche, la produzione medica originale italiana è tuttora monopolio di tre grandi case editrici (una torinese, due milanesi) e solo in subordine vi concorrono con singole pubblicazioni tre o quattro altre case dell'Italia centrale e del Mezzogiorno.

Ma, anche a prescindere da questa disparità di fortune, del resto più formale che sostanziale, è fatto facilmente constatabile, più volte deprecato e sin qui troppo trascurato la mancanza di un complesso di opere dovute a penne italiane e che trattino delle varie branche delle scienze medico-chirurgiche. E dicendo così, voglio alludere ad opere che rispondano alla duplice esigenza dello studente e del medico pratico: prescindo quindi *a priori* tanto dalle monografie specializzate, di cui non è certo penuria, quanto dalle opere voluminose esaurienti singoli capitoli della medicina; perchè è risaputo che e le une e le altre son più spesso condannate ad avere una cerchia ahi! troppo ristretta di lettori.

È invece appunto il trattato pratico e didattico che scarseggia nella nostra letteratura medica: talchè è quasi di prammatica all'Università studiare l'anatomia normale sul Testut, la patologica sullo Ziegler, sul Kaufmann o sull'Aschoff, la propedeutica medica sull'Eichhorst o sullo Strümpell, la chirurgica sul Forgue, sul Bégouin o sul Bergmann, l'oculistica sul Fuchs, la medicina legale sullo Hofmann, l'ostetricia sul Bumm, e via dicendo: opere tutte tradotte, e tradotte più o meno (soprattutto, meno...) bene, sovente invecchiate od insufficienti, sempre poi stridenti qua o là coi nostri sistemi didattici, coi metodi terapeutici, coi criteri clinici, con l'indirizzo pratico delle nostre scuole. Tanto che, ad integrarle, occorrono poi sempre all'atto pratico i peggiori strumenti d'ignoranza che esistano sulla superficie terracquea, vale a dire le famigerate « dispense ».

Ma tutto ciò sarebbe minor male e la sostituzione del trattato italiano allo straniero si limiterebbe ad una sterile affermazione di miope campanilismo fuori luogo, se in Italia non s'avessero le menti e le forze e i mezzi per creare una biblioteca medica originale, ricca, completa e — quel che conta — superiore o, certo, non inferiore all'estera nella concorrenza libraria.

Molto già si è fatto, è bene riconoscerlo: e i trattati del Banti, del D'Este, del Gaglio, del Luciani, del Lustig, del Tanzi, ecc. ecc., nonchè i nuovi trattati italiani di chirurgia, d'anatomia, d'ostetricia, ecc. vanno via via acquistando il sopravvento e la preferenza, fra gli studenti, sui loro confratelli d'oltr'alpe; nè occorrerà ricordare che più d'uno ebbe già l'onore di traduzioni in lingue estere.

Ma ciò che a mio giudizio manca tuttora nel campo della nostra letteratura medica è quello spirito di organizzazione, d'economia e di distribuzione delle forze che formò sin qui il vanto della non mai abbastanza deprecata scienza teutonica e che la citata relazione del Loria vorrebbe tradotto in pratica sotto forma di un « Comitato del Libro italiano » di là da venire.

La mancanza di questo spirito distributivo e (sia detto con sopportazione) di una corrispondente buona volontà e disinteressata solidarietà da parte degli editori fa sì che talora considerevoli attività d'uomini o di scuole vadano disperse che avrebbero potuto validamente concorrere — disciplinate, aiutate e favorite dagli editori — a costituire un corpo di trattati medici italiani, originali, moderni, svolgenti le singole branche della medicina e affidati ciascuno ad un competente caposcuola.

Dall'odierno stato di cose scaturisce questa curiosa condizione: che, mentre mancano tuttora *buoni* trattati italiani *completi*, veramente *moderni*, di più di uno de' rami della medicina (e così dicendo sottaccio i dati precisi per non urtare la suscettibilità degli autori o degli editori, i quali ultimi ogni nuovo libro annunciano come completo e perfetto), molte sono invece le opere specialissime che certamente hanno assorbito energie e tempo e capitali editoriali, moltissime poi le traduzioni d'opere

straniere assolutamente superflue o di nessun valore scientifico: dunque (sia detto a quegli editori che si giustificano allegando il costo delle edizioni e la scarsità del pubblico acquirente), dunque i mezzi ci sono e i compratori pure.

Lo sappiamo, i libri scientifici non si improvvisano e ci vuol tempo assai a creare una nuova corrente ai « gusti » del pubblico, a convincere gli italiani che scienza buona è qualche volta anche quella « made in Italy », a costituire una serie così numerosa di opere sui singoli argomenti da tener testa alla sbalorditiva ricchezza *quantitativa* di certi cataloghi speciali tedeschi; lo sappiamo, si era già cominciato « prima » e si è sulla buona via: ma, poichè urge tutt'attorno il fervore d'emancipazione dalla scienza, dalle industrie, dai prodotti esteri, non sarebbe bene cogliere questo momento per dare uno strappo alle vecchie abitudini, per isnellire il congegno delle rotazioni librarie, per spingere un po' in un canto tante traduzioni d'opere straniere (e tanti interessi, meno stranieri, ma ad esse aderenti) onde far posto nella casa al libro scientifico italiano, magari a costo — che so — d'uno sgombero?

Certo, in quest'opera devono concorrere anche gli autori, deponendo interessi, gelosie, ambizioni; sforzandosi di apprendere quello spirito d'associazione che diede così buoni frutti nella maggior parte de' trattati esteri e richiede obbedienza, disciplina e attitudine a sacrificare le ambizioni personali o le tendenze di scuola alle esigenze della collaborazione. Ne è ottimo esempio — per non dire che di uno — il trattato sulle « Malattie infettive dell'uomo e degli animali », pubblicato sotto la direzione del Lustig.

Ma tocca soprattutto — o io mi sbaglio — agli editori di venir incontro agli autori, di convincersi che l'« ora o mai » per l'emancipazione del libro scientifico italiano è appunto il presente immediato. A Piero Barbera, che, in un brillante articolo (*Marzocco*, n. 51 del 1916) dedicato appunto all'« Avvenire del libro italiano » e originato dal Convegno di Roma, spezza una lancia contro il vezzo di « domandare i libri in dono a chi ne fa commercio o in prestito a' vicini », vorrei far presente come a questi doveri del pubblico verso gli editori siano da contrapporre — non meno imperiosi — doveri degli editori verso il pubblico: ed egli, che non è editore di libri medici, rivolgendosi a molti e molti connazionali studiosi di medicina, potrà sapere quante mai volte la proposta di un nuovo trattato originale, che ne sostituisse uno straniero ad uso degli studenti e de' medici pratici, urtò conro un ostinato rifiuto, giustificato con pretesti d'economia o, peggio, di tornacconto immediato: « Per qualche anno ho ancora copie della traduzione del trattato A.... »; oppure: « Se pubblico l'opera proposta, mi comprometto la vendita del manuale B.... Che dice? vale poco? Lo so, ma intanto *va....* ».

Ah, quel verbo « andare », in tutti i tempi e modi della sua coniugazione, che scoglio insormontabile fra editori e autori, soprattutto nel campo delle pubblicazioni scientifiche!

E fino a quando allora dovremo vederci per alcune materie (come p. es. l'anatomia descrittiva e comparata, l'istopatologia, la dermosifilografia, ecc. ecc.) privi di un'opera italiana completa, diffusa, originale, consona alle esigenze delle nostre università, che possa sostituire con profitto dello studioso i classici trattati in lingue estere oggi nelle mani di tutti? Fino a quando — ove queste lingue non si conoscano — saremo obbligati a servirci di versioni che spesso rimangono arretrate per decennii rispetto all'edizione originale e, nella fattura, travisano il testo o lo mutilano? Si noti poi che — fatte le debite eccezioni per talune traduzioni curate e arricchite o rimodernate da eminenti specialisti in materia — il più delle volte l'opera (oltre all'essere — come già dissi — lontano dallo spirito del nostro indirizzo scientifico) acquista dalla traduzione un certo qual capzioso spirito di cittadinanza che è esca alla diffusione fra noi di pregiudizi o di veri e propri errori fondamentali passati inavvertiti al traduttore. Non parlo qui di errori formali (chi non ricorda quel delizioso vocabolo « rognoni » che sta perpetuandosi nelle ristampe del capitolo sulla sifilide congenita nella traduzione di uno dei più diffusi trattati di patologia medica?), ma sì di quelle affermazioni più o meno esplicite che sovente travisano affatto la priorità delle scoperte e la stessa realtà delle cose. E questa — sia detto chiaramente — è particolarità tutt'affatto speciale dei trattati tedeschi: chi non ricorda il disgusto provato cercando invano nei corrispondenti capitoli di trattati tedeschi che vanno per la maggiore i nomi di scienziati italiani che si resero illustri per scoperte ne' vari campi della patologia, nomi che spesso il traduttore, nella fretta della sua opera a cottimo, non trovò il tempo d'aggiungere, neppure in calce? Fortunatamente, oggi, sfatata la leggenda della perfezione e della supremazia germanica, abbiamo aperto gli occhi anche sull'attendibilità di certe affermazioni esclusivistiche contenute nei trattati medici tedeschi, facenti parte anch'esse di tutto un programma di au-

toapologia e di subdola penetrazione scientifica, d'un lento e occulto ma continuo lavorio di travisamento della verità. E ci chiediamo: « O che di questo argomento non si debbano essere occupati che quei due o tre autori citati, tutti — guarda combinazione! — connazionali di chi scrive? ».

Voglio qui ricordare a tal proposito un sol fatto, autentico quanto inedito, che di questa tendenza è indice sintomatico: il prof. Unna, che in Germania va per la maggiore ed ha forse firmato il famigerato manifesto dei cosiddetti Intellettuali (*lucus a non lucendo*) non si vergognava di chiedere insistentemente ad un nostro illustre universitario — naturalmente, senza ottenerne risposta — di poter porre il proprio nome accanto al suo a designare una scoperta da Unna stesso svolta ma il cui merito, manco a dirlo, spetta esclusivamente allo scienziato italiano.

Concludere? E come meglio che facendo sin d'ora presente al futuro Comitato del Libro Italiano la necessità che la nostra scienza medica sia più largamente e più compiutamente rappresentata nella produzione libraria nazionale; che la dignità del libro di medicina sia elevata, impedendo ogni artificio che ne screditi il valore, come quello di non datare le edizioni e di far passare per nuove quelle che non sono se non ristampe o magari edizioni stereotipe; infine, che gli editori si adoperino a raggiungere questi scopi, preferendo per il futuro all'antica e comoda consuetudine della traduzione di opere straniere la collaborazione di scienziati italiani e favorendone l'attuazione, come indispensabile all'emancipazione della scienza medica italiana dal giogo soprattutto della scienza germanica.

Milano, gennaio 1917.

Dott. PAOLO RUSCA.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Diagnosi e cura dei disturbi vasomotorî delle vie aeree superiori.

(J. L. GOODALE. *The Boston Medical and Surgical Journal*, august 1916).

Si sa che un individuo sensibilizzato a un dato proteide può mostrare una reazione caratteristica se il proteide è portato, in forma solubile e in sufficente concentrazione, a contatto di una scalfittura cutanea.

È importante per noi interpretare correttamente il significato di questa reazione; e però l'A. la descrive nei suoi diversi gradi.

Il proteide da sperimentare si applica a una scalfittura sulla cute del braccio. Da 5 a 15′ dopo le reazioni positive sono indicate da vari disturbi locali: talora la prima alterazione percettibile consiste in un'area bianca circoscritta, non elevata, contornante la lesione cutanea per una superfice di 1-3 mm. In altri individui la prima manifestazione consiste in un'area emergente, arrossata appena. Nelle forme più pronunciate il gonfiore è più esteso, di colorito più o meno biancastro, circondato da un'area arrossata di dimensione variabile, in genere s'accompagna a prurito. Talora infine l'area edematosa raggiunge 2-3 cm. di diametro o ancor più, circondata da 1 cm. o più d'iperemia. Entro 30′, un'ora al massimo la reazione dilegua e resta solo il lieve trauma causato dalla graffitura; usando alcuni proteidi, il giorno seguente può apparire al suo posto un'alterazione infiammatoria, piuttosto che disturbo angioneurotico, che può giungere fino alla suppurazione, flogosi che non deve dipendere da infezione casuale, ma da speciali proteidi, i quali la producono costantemente.

Mentre la reazione cutanea può considerarsi come indice di sensibilizzazione al proteide usato, pure è prematuro dire che esiste fra loro una relazione diretta: osservazioni fatte nel periodo di immunizzazione della febbre da fieno mostrano che non v'è sempre una reazione cutanea proporzionata all'intensità dei sintomi nasali e oculari. In due anni l'A. esaminò oltre 400 casi con disturbi vasomotori delle vie aeree superiori mediante cutireazione con diversi proteidi allo scopo di determinare il valore diagnostico di tali reazioni e di accertarne la relazione con le manifestazioni cliniche. In molti lo speciale proteide eccitante risultò dall'anamnesi, come nei casi di febbre da fieno, di intolleranza al pesce, alle uova,

ecc., ma nella maggior parte dei casi l'agente provocatore era ignoto.

Questi proteidi possono essere di origine animale o vegetale; gli studi di Nuttall per gli animali, quelli di Metz e Golke per le piante, hanno permesso di stabilire, sulla base delle reazioni del siero, una classificazione filogenetica degli esseri viventi, che hanno diretta relazione con l'uomo. Gli ordini di mammiferi che ci riguardano sono rappresentati dagli animali domestici, da quelli che servono per alimento (molluschi, pesci....) o le cui pelli sono usate come articolo di vestiario. L'albero filogenetico del regno vegetale procede dai batteri in su e si divide in mono e dicotiledoni, alle prime appartengono moltissime erbe, l'iris, il giglio..., alle seconde numerosissime composte, che si dimostrano anafilattizzanti, le leguminose, le rose, ecc.

È importante avere il materiale d'esperimento nella forma in cui esiste quando eccita i sintomi, allo stato crudo o cotto, in forma stabile, puro e concentrato il più possibile. Ciò conferma il fatto che differenti persone variano ampiamente nel grado di sensibilizzazione di fronte a un dato proteide; un soggetto può reagire a un proteide diluito, mentre un altro sensibilizzato di fronte allo stesso può richiedere una concentrazione cento e più volte maggiore per provocare un'equivalente reazione cutanea. Nel caso di antigeni animali le preparazioni debbono essere fatte tanto dalle parti capaci di penetrare nelle vie aree (squame, peli), quanto dal siero e dalle parti ordinariamente ingerite (uova, latte).

Gli estratti delle produzioni epidermiche si ottengono ponendo frammenti di cute, di peli o di piume in alcool 12%; dopo pochi giorni si filtra e si può usare il liquido, che si conserva attivo per un tempo indefinito. Nel caso di cibi animali, il materiale si ottiene spremendoli in un torchio e sottoponendo il succo a rapido essiccamento mediante ventilazione. Lo stesso metodo si può seguire per gli estratti di piante. I proteidi di uova e di latte si possono ottenere in forma di polvere pura, come albumina e caseina.

La sospensione di batteri uccisi per coagulazione delle loro albumine può essere iniettata entro il derma e la presenza o assenza della reazione essere notata il giorno seguente; ma l'A. ha veduto che è anche possibile procurare i proteidi batterici in una forma solubile, capace di eccitare un'immediata reazione cutanea, nello stesso modo ottenuto dal polline e da altri estratti vegetali e animali.

Nel caso del polline Goodale preferisce conservarlo in forma secca, poichè così si mantiene inalterato per un periodo indefinito; anche dopo 30 anni il polline di piante conservate in erbario dà pronunciate reazioni cutanee in pazienti sensibilizzati. Wodehouse ha praticato un metodo molto utile per raccogliere il polline, specialmente nelle piante anemofile che ne forniscono grande quantità, e farne delle sospensioni ben titolate rispetto alle proteine; la soluzione acquosa-alcoolica (12-15%) è quella più adatta per mantenere attivo il polline, senza inquinamenti di funghi e di schizomiceti. I preparati debbono essere ad ogni modo tenuti il più possibile lontani dall'aria.

Nelle condizioni naturali, le mucose della regione respiratoria ed enterica offrono facili vie d'accesso per queste sostanze, quando siano inalate o ingerite. Questa forma di anafilassi dovrà quindi considerare: 1) l'*inalazione;* 2) l'*ingestione;* 3) e probabilmente anche l'*autolisi di proteidi batterici a contatto con le mucose.*

Su quest'ultima modalità l'A. ha richiamato l'attenzione, mostrando come in casi di rinite vasomotoria perenne e di bronchite sia possibile produrre un'immediata reazione cutanea applicando una scalfittura cutanea dei proteidi batterici solubili. Ulteriori osservazioni sono venute confermando questi fatti, che dipendono dall'invasione più o meno periodica delle mucose da parte dei batteri ai quali l'individuo è sensibilizzato, mentre negli intervalli dell'infezione il paziente rimane libero da disturbi vasomotori.

Dobbiamo pure prendere in considerazione due altre possibilità: è probabile che focolai settici cronici, come nella tonsillite cronica, con accumulo di detriti nelle lacune, siano fonte di proteidi sensibilizzatori; si può inoltre concepire che il tubo digerente permetta lo sviluppo di batteri che subendo l'autolisi liberino dei proteidi con virtù anafilattica.

Anafilassi da inalazione: bisogna distinguere due tipi principali, quella *di stagione* e l'altra *perenne.* Nel primo i sintomi appaiono a una determinata epoca dell'anno ed è rappresentato dalla grande classe dei malati di febbre da fieno, coincidendo con la fioritura di speciali piante. La forma perenne si ha in qualunque stagione dell'anno, allorchè il proteide eccitante entri nel sistema a traverso la mucosa respiratoria (starnuto, asma provenienti da presenza di cavalli, di gatti e simili).

Nella forma di inalazione di stagione (febbre da fieno) il riconoscimento dell'agente provocatore è semplificato se si tengono presenti i seguenti fatti. Anzitutto le nostre ricerche deb-

bono dirigersi principalmente alle piante monoiche e dioiche, che distribuiscono in aria una grande quantità di polline, il quale eccita i sintomi della febbre da fieno.

Le piante entomofile, la cui fecondazione si compie a mezzo degli insetti, possono essere molto più economiche nella produzione del polline e quindi non è probabile che esso possa giungere a contatto con le mucose in condizioni naturali; detto polline inoltre è più viscido e glutinoso, affinchè aderisca al corpo degli insetti che visitano le piante.

Nelle anemofile invece, la cui fertilizzazione dipende dalle correnti aeree, è necessaria una grande quantità di polline leggero e facilmente staccabile dalle antere. La conoscenza di questi fatti rende possibile di determinare le cause di febbre da fieno, in una data località; possiamo quindi trascurare le piante entomofile e fermarci a quelle anemofile (aceri, querce; alcune intere famiglie erbacee, come le composte). Quantunque i pini ed altre gimnosperme producano grande quantità di polline, pure non si conoscono esempi di febbre causata da essi.

È poi necessario considerare la stagione in cui appaiono i sintomi della febbre da fieno; se si presentano prima della fioritura delle erbe, dovremo cercarne la causa eccitante nei primi arbusti e alberi in fiore e fra questi la betulla, l'acero, il salice. Il periodo di fioritura di questi alberi è relativamente breve e però la febbre causata da essi è meno capace di disturbare il sistema di vita del paziente. Il periodo dell'antesi, delle erbe invece si protrae in genere dalla metà di maggio alla prima settimana di luglio e l'attacco di febbre che possono eccitare è non solo più lungo, ma anche più forte.

L'esame delle composte è molto semplificato da che si è veduto che l'agente attivo proteico di tutte le loro specie è presso che identico; esso in tutte le piante, purchè in dosi sufficenti, provoca eguali reazioni cutanee. Una prova di ciò l'A. ebbe in alcuni suoi malati, i quali passano l'inverno a Cuba e in primavera tornano a Boston. Ora, nel febbraio soffrono di febbre da fieno per una pianta nota ai cubani come *Escoba amarga* (*Parthenium hysterophorus*); di cui si liberano andando negli Stati Uniti, sino a che non vengono colti di nuovo dalla forma vasomotoria, alla fioritura delle erbe.

La serie di malati raccolti dal Goodale l'ha condotto a concludere che il numero di proteidi capaci di eccitare i sintomi morbosi è più circoscritto di quanto si potesse supporre. Durante il periodo precedente la fioritura delle erbe 9 casi presentavano sintomi che terminavano verso la metà di maggio; questi pazienti non erano sensibilizzati alle erbe, ma reagivano ai prodotti dell'acero, della betulla, del salice; 57 casi mostrarono sensibilità alle erbe; 183 furono positivi per le composte. La sensibilizzazione alla sola famiglia delle rose non fu trovata che in un caso; in parecchi era combinata con quella delle erbe.

Quanto alle forme di febbre da fieno del luglio, l'A. crede che, ad ecczione del castagno e probabilmente di alcuni fiori di giardino, le cause principali si trovino in speciali distribuzioni delle erbe ultime a fiorire (gigli, giacinti, peonie); è pure in questa stagione che appaiono i casi di *rinite vasomotoria olfattoria*, o *falsa febbre da fieno*. In questa forma la fragranza di certi fiori gradevoli eccita i disturbi vasomotori, che vanno dallo starnuto agli acuti parossismi asmatici. L'azione del polline può essere esclusa, inumidendo o allontanando le antere, senza che i sintomi vasomotori vengano modificati. Inoltre le prove cutanee col polline sono negative. I fenomeni sono chiaramente riflessi e muovono lungo il nervo olfattivo; essi appaiono isolati o associati con la vera febbre da fieno e sono più comuni negli individui nevrotici e impressionabili, sebbene non sempre. Si deve notare che durante l'attacco di febbre da fieno può apparire un'ipersensibilità generale del paziente verso piante per le quali, in altre stagioni, egli non mostra reazione alcuna: bisogna dunque in tal tempo osservare la relativa preponderanza o grado di sviluppo delle varie reazioni cutanee e in questo modo si riescirà a circoscrivere le ricerche alle piante che cagionano il disturbo più notevole.

Inalazione con anafilassi perenne: sotto questo titolo l'A. include quei casi di disturbi vasomotori in cui l'antigene è derivato, nel caso delle piante, da parti diverse dal polline. Due casi di forte sensibilizzazione alla farina furono trovati in fornai, i quali tuttavia non avevano febbre da fieno e che non reagivano al frumento o al polline delle erbe; essi inoltre potevano mangiare il pane senza disturbi.

Un caso di sensibilizzazione alle patate venne offerto da un cuoco. Altri poi erano reattivi alle patate tanto crude che cotte; in uno di questi si aveva eruzione di orticaria.

In 8 donne si ebbero violentissimi starnuti per la radice d'*iris florentina*, le quali usavano cipria contenente questo ingrediente; la radice e la polvere commercialmente preparata producevano notevole reazione cutanea e disturbi vasomotori. In alcune di queste pazienti la causa dei sintomi non era stata sospettata, ma

in tutte con l'abbandono della cipria essi dileguavano.

Si ebbero 49 casi di sensibilizzazione alle squame epidermiche, peli di animali, piume di uccelli. I sintomi variavano dalla rinite vasomotoria all'asma acuta, nell'inalare finissime particelle sospese della speciale sostanza eccitante. In tutti i casi si produsse reazione cutanea applicando un estratto cheratinico a una scarificazione. Mentre la maggior parte di questi pazienti era consapevole della propria sensibilizzazione, in alcuni (specie nei fanciulli) essa non risultò che all'esperimento.

Fra i diversi animali il cavallo fu rappresentato in 42 casi, il cane da 8, il gatto da 6; la pecora e la vacca in due casi rispettivi diedero evidente reazione agli estratti del loro pelame.

In due casi la rinite vasomotoria fu provocata dall'uso di guanciali di piuma ed estratti di piume di pollo e di anitra diedero cutireazioni ben nette. I sintomi scomparvero col non uso dei cuscini di piuma.

Una spiccata differenza esiste fra il comportamento di fronte al proteide del siero e quello delle strutture epidermiche negli animali studiati; raramente coincidono positive le due reazioni (in soggetti morsicati dalle stesse specie di animali).

Anafilassi da ingestione: 28 casi (e molti altri sono sfuggiti) dimostrarono sensibilizzazione più o meno ben definita a vari cibi, da forme lievi, casi da non provocare alcun sintomo soggettivo da parte del paziente, all'estrema suscettibilità, in cui il contatto di minime quantità dei proteide causava profondo disturbo generale. Di solito le sensazioni locali (prurito o bruciore delle fauci, sino a gonfiore) si riferivano alla gola più che alla regione dello stomaco; talora si hanno spiccati sintomi asmatici, talora orticaria, eczemi, una volta psoriasi. Dal controllo sperimentale si vide che la sensibilizzazione può aversi per molluschi, crostacei, vari pesci, latte, carne. Se la cutireazione era notevole i malati erano consapevoli della propria idiosincrasia, che si riferisce di solito a intolleranza al pesce e alle uova. In un bambino di 7 anni il latte dava forte asma; questo soggetto, che aveva avuto asma più o meno costante sin dallo svezzamento materno, non presentava nulla di obiettivo all'esame fisico. Le prove cutanee mostrarono reazione al latte e alla cheratina di cavallo e di gatto; cessando l'uso del latte e allontanando l'animale domestico l'asma cessò, per ripresentarsi se si riprendevano le antiche abitudini.

Casi di sensibilizzazione alle uova sono stati riferiti dai pediatri, e di immunità mediante dosi progressive, con felici risultati. Un fanciullo di 12 anni era sensibilizzato ai sieri del cane, del gatto, del maiale, della pecora e del bue, e al tempo stesso alla cheratina di cavallo, di gatto, di agnello, ma non di bue.

In 11 individui si trovò la sensibilizzazione ai semi; in alcuni senza alcuna sensazione soggettiva, in 4 con fatti asmatici, quando mangiavano cereali e pane. Questi mentre non presentavano alcuna reazione cutanea con i derivati animali, la avevano fortissima coi i proteidi crudi o bolliti di frumenti, orzo, avena, grano, riso. Abbandonando la consueta alimentazione ricca di farinacei, l'asma, che perdurava da molti anni, cessò.

S'incontrano anche casi di sensibilizzazione alle noci, alle castagne, alle mandorle, mentre essi non reagiscono ai pollini delle stesse specie. In altri si ebbe anafilassi per la fragola, la banana, l'arancio, le mele. I casi di sensibilizzazione clinica ai semi in generale non hanno febbre da fieno e non reagiscono al polline delle erbe.

È stato osservato che i casi di marcata sensibilizzazione al polline delle erbe davano senza eccezione netta reazione cutanea ai proteidi dei semi, tanto cotti che crudi. Questa osservazione fa supporre che il polline rappresenti il proteide vegetale specifico (Metz e Golke), ma che nello sviluppo dell'ovulo durante l'estate, altri proteidi siano formati nel seme e nel frutto con proprietà anafilattogene differenti da quello.

Questa osservazione clinica ha ricevuto conferma da Wells e Osborne, i quali hanno isolato dai semi di piante affini sostanze somiglianti alle proteasi, distinguibili l'una dall'altra; essi conclusero che le somiglianze e le differenze di tali sostanze dipendono dalla costituzione chimica della molecola proteide, piuttosto che da differenze biologiche. Così trovarono che la *zeina*, proteina di grano turco solubile in alcool, non dava reazione anafilattica in animali sensibilizzati con *gleidina*, proteide del frumento, nè con l'*ordeina*, proteide dell'orzo.

Autolisi di proteidi batterici: mentre l'influenza dei proteidi di animali e di piante in fiore è sufficientemente riconosciuta come causa di sintomi anafilattici, la parte che proteidi batterici possono rappresentare non è ancora ben nota. Clinicamente noi troviamo un gran numero di casi in cui l'azione dei germi sembra probabile. In modo provvisorio possiamo dividere queste condizioni in accessi acuti e forme croniche. Fra i primi, vediamo che il soggetto trascorre lunghi periodi con nessun disturbo vasomotorio e che col sopravvento di

un'infezione acuta della mucosa nasale o bronchiale, appaiono i segni di una rinite vasomotoria o dell'asma, e all'esame diretto si nota più che l'aspetto di una flogosi acuta batterica quello della febbre da fieno. Cessati i fatti acuti, l'individuo resta libero dall'asma, sino al sopraggiungere di un'altra infezione.

Nelle forme croniche tipica è quella data da sinusite cronica delle cavità accessorie della faccia, il cui miglioramento della lesione diede sollievo ai sintomi vasomotori. Anche la tonsillite lacunare cronica, con accumulo di detriti, deve essere di certo una fonte di assorbimento di proteidi batterici, che subiscono l'autolisi e sensibilizzano il paziente.

Si fecero delle esperienze allo scopo di determinare se i proteidi batterici in soluzione possano produrre reazione cutanea e in 50 casi si ottennero reazioni positive dallo stafilococco albo, aereo, citreo, dal B. di Friedländer, dal micrococco tetrageno e talora dal B. dell'influenza e dal pneumococco. Se giungessimo a poter sempre dimostrare che esistono sensibilizzazioni per vari microrganismi in questi casi di fenomeni anafilattici, il nostro còmpito terapeutico sarebbe grandemente facilitato; nelle infezioni acute saremmo guidati nella scelta dei vaccini, nelle forme croniche avremmo l'indicazione di rimuovere i focolai di infezione e di detergere le regioni ove si accumulano i proteidi batterici.

Abbiamo trattato con qualche larghezza questo argomento, che per molti aspetti è appena abbozzato e che lascia intravedere ampi orizzonti, perchè importantissimo, per l'oto-rinolaringoiatra e per il medico generico. Lo specialista colto e provveduto di studi di patologia generale in tal campo trova ogni giorno modo di elevare la dignità della propria scienza.

G. BILANCIONI.

CHIRURGIA.

Delle paralisi dei nervi periferici nei traumi di guerra — Considerazioni operatorie — Prognosi.

(E. DUROUX. *Revue de chir.*, Anno XXXV, n. 3).

Le paralisi dei nervi periferici nei traumi di guerra hanno per causa parecchi fattori anatomici, e cioè: le sezioni dei nervi, gli imbrigliamenti cicatriziali, i nevromi traumatici, le inclusioni di frammenti di proiettili, le compressioni per aneurismi ed in casi di fratture.

Prima della guerra si poteva supporre che le sezioni di nervi sarebbero state assai frequenti ma i fatti hanno dimostrato che ciò non accade: l'A. ha una percentuale del 10 % su tutte le lesioni dei nervi periferici; Gosset ha presso a poco la stessa percentuale, che nella statistica di Dumas scende al 6%. I chirurgi inglesi riferiscono cifre più elevate; poichè la loro percentuale oscilla fra il 20 ed il 30% (Swan, Eve e Woods).

Se la lesione nervosa è recente i due monconi del nervo possono presentarsi con i loro caratteri macroscopici normali; se data da oltre sei mesi il moncone centrale è di solito più grosso di quello periferico e presenta al suo estremo un rigonfiamento terminale più o meno voluminoso. I due monconi possono inoltre essere tra loro più o meno lontani.

La chirurgia dispone di vari metodi diretti e indiretti per cercare di ristabilire la continuità funzionale nervosa: le *suture semplici*, le *neuroplastiche*, le *anastomosi*, gli *innesti*, le *suture tubulari*, le *suture a distanza*.

L'A. prende in esame i vari metodi ed espone il suo contributo clinico ed operatorio personale.

Per le *suture* non si è servito della riunione degli estremi terminali dei monconi capo a capo; chè anzi ne ha evitato la cruentazione. Egli, liberata la porzione terminale dei monconi dai tessuti cicatriziali circostanti, ha privato della guaina un tratto delle facce laterali dei segmenti fino a mettere allo scoperto il tessuto fibroso interfascicolare e le ha giustapposte l'una all'altra assicurandone la coattazione con due o tre fili di lino passati circolarmente senza attraversare con l'ago il tessunto nervoso.

Per la *neuroplastica* ha seguìto il metodo dello sdoppiamento autoplastico alla Letievant.

In un caso per riparare il tratto nervoso mancante si è servito di un nervo collaterale utilizzato come lembo (nervo del lungo supinatore ribattuto in alto e suturato al moncone centrale del radiale).

L'A. giunge alle conclusioni seguenti: in presenza di una soluzione di continuità di un nervo tutti gli sforzi del chirurgo debbono mirare a ravvicinare i due segmenti sezionali, il che è quasi sempre possibile se la distanza è minore di due centimetri e mezzo, o per mezzo di prudenti scollamenti dei monconi, o per un mediocre stiramento, o dando agli arti speciali posizioni di rilasciamento.

La neuroplastica ha permesso di constatare un accenno al ritorno della funzione motrice in un caso; il ristabilirsi completo della funzione sensitiva ed il miglioramento di quella motoria in un altro.

L'*anastomosi nervosa* latero-terminale sperimentalmente ha dato all'A. buoni risultati dal

punto di vista clinico; usata in un solo caso ha dato risultati discutibili.

L'*innesto nervoso* sia autogeno (utilizzando il n. safeno interno o il brachiale cutaneo interno), sia omogeneo (usando il tibiale posteriore di un arto amputato), sia eterogeneo (servendosi dello sciatico del cane asportato con tutta la sua atmosfera grassosa) ha dato risultati favorevoli anche nell'uomo determinando il ritorno completo della sensibilità, il miglioramento della funzione vasomotrice e delle motilità.

Della *sutura a distanza* con crine di Firenze e della *sutura tubulare* l'A. non ha esperienza personale.

I risultati funzionali non possono attendersi che dopo uno o due anni e sono tanto più rapidi e sensibili per quanto più precoce fu l'intervento prima che si stabilissero alterazioni trofiche irreparabili.

Le paralisi per imbrigliamento cicatriziale hanno dato luogo a numerose ricerche: generalmente, liberato il nervo dalle aderenze ai tessuti circostanti, si è ritenuto fosse sufficiente l'impedirne il ristabilirsi proteggendo il nervo liberato o mobilizzandolo fra tessuti sani, o circondandolo con un manicotto isolante: tessuto grassoso (Dumas), guaina di sacco erniario (Bailleul), peritoneo di bue (Eve e Woods), arterie di animali o vene di uomini (Fullerton, Sherren). Tutte queste precauzioni possono, secondo l'A., essere utili; ma egli ritiene che il gemizio di sangue dalle aderenze distaccate costituisca il fattore quasi essenziale del rinnovarsi di esse e perciò a differenza di altri chirurgi che guidati dalla stessa convinzione si sono serviti della adrenalina, ha usato con ottimi risultati l'acqua ossigenata.

È sufficiente lasciare in posto per qualche secondo un tamponcino bagnato perchè l'emorragia cessi e non si riproduca.

Poichè tuttavia lo stesso trattamento talvolta non dà risultati soddisfacenti egli si è chiesto quale potesse essere la causa degli insuccessi e crede poterla riferire alla presenza di tessuto cicatriziale intrafascicolare. Occorre quindi, a suo modo di vedere, non accontentarsi di liberare il tronco nervoso dalle aderenze estrinseche; ma anche cercare di dissociare le fibre dalle aderenze intrinseche, tenendo presente che bastano filetti nervosi tenuissimi liberati dalle aderenze per poter compiere bene la funzione sensitiva e motrice dell'intero nervo.

Un trattamento assai simile è quello che va praticato per i pseudo-neuroni che si formano di solito in seguito a contusioni più o meno gravi dei nervi. Essi sono dovuti, come hanno dimostrato i lavori di Dejerine, Pierre Marie e Foix, Sicard e Yourdan, ad un aumento del tessuto connettivo, che dissocia le fibre nervose le quali sono solo in parte degenerate. In questi casi delle incisioni longitudinali seguite da dissociazione dei fascicoli potrà dare i migliori risultati; mentre qualsiasi tentativo di enucleazione determinerebbe una resezione del nervo non essendo possibile distinguere il tessuto cicatriziale dal tessuto sano col quale si continua in modo insensibile.

Le paralisi per inclusione di proiettili sono rare: su 80 casi l'A. non ne ha notate che due; ma in entrambi l'asportazione del frammento di proiettile non valse a far scomparire le alterazioni funzionali che avevano determinato forse per un processo neuritico. Una delle osservazioni valse invece a dimostrare come le fibre centrali dello sciatico sieno sopratutto fibre motrici mentre a quelle superficiali è essenzialmente riservata la funzione sensitiva. Il frammento di proiettile infatti incluso nella zona centrale dello sciatico aveva determinato alterazioni motorie (ipoeccitabilità faradica e galvanica del PI e PE con contrazioni debolissime e lentissime) ma nessun disturbo della sensibilità. Sembra pertanto che queste paralisi abbiano una prognosi grave; mentre il contrario avviene per le paralisi da compressione riferibile ad aneurismi, e calli esuberanti di fratture. In questi casi anche se si sia riscontrata RD totale verso il quarto o quinto mese si ristabilisce un ritorno progressivo e rapido della funzionalità. È necessario pertanto attendere almeno sei mesi ed intervenire soltanto se non avvenga la guarigione spontanea e si abbia al contrario aggravamento dei fenomeni, retrazione delle dita, cianosi sempre più marcata, incurvamento delle unghie, ecc.

L'A. ha osservato uno solo di questi casi dovuto a compressione per un aneurisma diffuso del braccio. L'asportazione dell'aneurisma, la *toilette* del campo operatorio, il distacco di numerose aderenze perineurali furono sufficienti ad assicurare il ritorno completo della funzionalità nervosa.

L. GUIDI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Riunioni medico-militari castrensi.

IV RIUNIONE: 7 ottobre 1916.

Sul trattamento delle fratture della diafisi delle ossa lunghe negli Ospedali da Campo.

Tenente medico CAMERA UGO. — L'O. dopo avere accennata alla questione posta dagli astensionisti e dagli interventisti in proposito del trattamento delle fratture delle ossa lunghe, dichiara di essersi sempre lasciato guidare per l'astensione o per l'intervento esclusivamente dal reperto clinico ed anatomopatologico di ogni singolo caso: comportandosi in tal modo, dice che si è trovato di aver trattato astensionisticamente molti casi, in certi altri è intervenuto anche con estese resezioni del focolaio di frattura. L'opera dell'ospedale da campo è sopratutto quella di prevenire e vincere i vari processi settici del focolaio di frattura; la preoccupazione dell'integrità anatomica e funzionale deve passare in seconda linea dinnazi alle temibili conseguenze dell'infezione.

Tale il concetto generale che ha informato l'opera dell'O. nel trattamento delle 322 fratture di ossa lunghe, capitategli nel suo reparto.

Riguardo all'indicazione o meno dell'intervento, distingue le lesioni in questione in due categorie. In una categoria comprende quelle lesioni in cui non crede opportuno l'intervento, e precisamente le fratture prodotte da proiettili di fucili, da pallottole di strapnnell, non accompagnati da fenomeni di scoppio nelle parti molli o da incipienti fenomeni di sepsi.

La ritensione del proiettile in questi casi non implica mai il bisogno di un intervento immediato.

Questi traumatizzati, previa accurata medicazione della ferita ed immobilizzazione della parte, vengono traslocati in Ospedali territoriali.

Nell'altra categoria comprende quelle fratture nelle quali egli crede opportuno l'intervento, e precisamente quelle prodotte da scheggie di granata, bombe a mano, o pure prodotte da altri proiettili, ma che però abbiano dato luogo a fenomeni distruttivi a carico delle parti molli.

La presenza di fenomeni settici costituisce poi in tutti i casi un'indicazione assoluta all'intervento. Riguardo alla modalità di questo intervento distingue poi i casi nei quali non esistono ancora nella ferita fenomeni settici da quelli nei quali la sepsi si è già insediata.

Nella prima circostanza l'intervento si propone: l'esame diretto della ferita e del focolaio di frattura; l'allontanamento dell'eventuale mariale estraneo e di quelle condizioni che possono favorire l'insorgere dell'infezione; l'istituzione di un buon drenaggio.

Propone di essere sempre generosi nell'incisione sbrigliatrice della ferita; di rispettare nella maggior misura possibile le masse muscolari, usufruendo nello sbrigliamento sopratutto degli interstizi muscolari. L'opportunità della controapertura sarà indicata da caso a caso, tenendo conto che essa ha principalmente lo scopo di favorire una buona fognatura del focolaio della frattura. Riguardo all'intervento su questo focolaio ritiene che l'asportazione delle scheggie deve limitarsi esclusivamente a quelle libere, ed a quelle ancora aderenti solo per quel che occorre assicurare un buon drenaggio *alla cavità midollare.*

Quando nella ferita e nel focolaio di frattura esistono fenomeni di sepsi, lo sbrigliamento dovrà essere più generoso sino a raggiungere ed aggredire le propaggini dell'infezione.

Così dovranno essere ben divaricati gl'interstizi muscolari, i recessi, le anfrattuosità della ferita; la controapertura sarà di regola costante.

Tutte le scheggie ossee necrotizzate e prive di periostio saranno allontanate, rispettando però quelle larghe ancora aderenti, anche se coperte di periostio più o meno compromesso dalla flogosi.

Nei casi di lesioni gravi, quando l'osso si presenta per un certo tratto del suo spessore frammentato, con necrosi di questi frammenti, ed i monconi ossei limitanti il focolaio di frattura sono talora mortificati per un processo di periostite disseccante secondaria, l'O. ritiene che il miglior procedimento sia costituito dalla resezione di tutto il focolaio di frattura compresovi i monconi ossei mortificati.

Queste porzioni necrosate non servono ad altro che ad aumentare la gravità e la durata dei fenomeni suppurativi, così deleteri per lo stato generale dei pazienti, e l'allontanamento precoce di questi agenti flogogeni, determinando una rapida detersione della ferita e del focolaio di frattura, permette a grande sollievo del ferito di praticare molto più presto ed in migliori condizioni quegli interventi postumi di plasticità e di trapianti ossei, che, secondo l'O., sono i mezzi più atti e razionali per riparare alle complicazioni più temibili del processo di guarigione delle fratture.

Dopo l'intervento gli arti vengono scrupolosamente immobilizzati, generalmente per mezzo di bendaggi gessati finestrati ampiamente per le successive medicazioni. L'immobilizzazione

per la frattura del femore viene praticata sotto forte trazione; per le fratture dell'omero, per facilitare una buona fognatura del focolaio di frattura, l'arto viene fissato in estensione durante i primi giorni.

Riguardo al periodo postoperatorio l'O. sin dal principio si è attenuto al criterio di non sgomberare i traumatizzati gravi operati se non dopo un periodo di osservazione che lo potesse garentire sino ad un certo punto contro la possibile insorgenza dei fenomeni settici, e se non quando, nei casi già infetti, i fenomeni settici si fossero già in gran parte esauriti ed attenuati.

Nei casi in cui il trattamento ebbe uno scopo profilattico, l'O. usò di preferenza la medicazione a secco, mediante drenaggi capillari con garza al jodoformio, che rinnovò il meno spesso possibile, lasciandosi, ad ogni modo, regolare per gli intervalli della curva tecnica.

Trattandosi di fratture settiche egli pratica medicazioni giornaliere, mediante abbondanti lavaggi di acqua tiepida coll'aggiunta di acqua ossigenata.

DISCUSSIONE.

Il capitano medico MALTESE ricorda i vantaggi dell'apparecchio di Gourdet nelle fratture complicate del femore, specialmente dovuti alle facilitate operazioni per la sorveglianza sul decorso della lesione e per le medicature occorrenti, oltre che alla assicurata immobilizzazione.

Il capitano medico MODIGLIANI fa notare che le fratture femorali aperte con numerose scheggie spesso mobilizzate ed approfondate nei tessuti circostanti presentano un decorso particolarmente grave, talvolta con pericolose complicazioni settiche tardive, anche dopo l'apparente risoluzione del processo flogistico. Afferma che per tali feriti il rischio è aumentato considerevolmente dai molteplici trasporti, cui essi molto frequentemente vengono sottoposti

Il capitano medico SCALONE F. crede che vi sia dell'esagerazione tanto in coloro che vogliono la intrasportabilità dei fratturati dalle formazioni sanitarie avanzate a quelle più arretrate — così come i feriti cranici, toracici ed oddominali — quanto in coloro che vogliono conservati i fratturati fino a guarigione completa negli Ospedali da campo e da guerra di 2ª linea.

Non può ammettere che il trasporto abbia sui fratturati gli stessi risultati funesti che sui feriti addominali, cranici e toracici, e parla sempre del trasporto agli Ospedali da campo; essi con apparecchi di contezione bene aggiustati, possono arrivare a questi ospedali senza grande nocumento e col vantaggio che quivi possono essere meglio governati, sia nella confezione di un apparecchio definitivo, sia nella cura di un'infezione che è ciò che maggiormente ci deve interessare. Allorquando tali fratturati, in preda ad infezione, dovessero sostare nelle formazioni sanitarie di prima linea, sarebbero un ingombro nei giorni di grande affluenza coll'obbligo di un rapido sgombro quando già hanno bisogno di non essere molto molestati, o di essere trascurati nella cura per altri feriti degni di cure più urgenti.

La cura dei fratturati infetti dev'essere fatta proprio negli Ospedali da campo e da guerra, i quali sono situati in zone adatte a ricevere tali feriti nelle 24 ore in media dal ferimento, quando, se esiste infezione, essa è al suo inizio, se non esiste, il focolaio della frattura può ricevere il suo apparecchio di contenzione definitiva o tenendo il p. in osservazione secondo le regole.

Riguardo agli altri che vorrebbero conservare i fratturati negli Ospedali delle retrovie fino a guarigione definitiva, fa osservare che il compito dell'Ospedale da campo si esaurisce colla fine della cura dell'infezione stabilitasi nel focolaio di frattura.

Il disserente tiene in osservazione i fratturati, nei quali la natura e la estensione della lesione gli fanno sperare un decorso asettico, per 10 giorni in media, coi suoi apparecchi immobilizzati, per lo più gessati con o senza fenestrature; la temperatura è la sua guida dopo aver praticato l'apparecchio; ha fatto ciò sistematicamente anche in fratturati che gli sono arrivati con temperature elevate in 39°. Ha una statistica molto dimostrativa, in quanto che ha da credere che la immobilizzazione della frattura, sopratutto quando sia fatta precocemente, serve a far regredire le infezioni iniziali, non tutte ben inteso, ma quelle date da germi non molto virulenti e con lesioni non molto devastatrici, giacchè ha visto che con la immobilizzazione precoce, azzardando di seppellire i forami dei proiettili, le temperature cedono a mano a mano e la guarigione procede regolarmente. Con tale sistema ha potuto mandare un ferito dopo 15 giorni con frattura scheggiata della tibia e con permanenza di una grossa palletta di strapnell nel focolaio di frattura: la ferita fu sepolta in 1° tempo e non più scoperta.

Circa i fratturati infetti, li ha trattenuti fino al termine della infezione alla quale succere il periodo della riparazione fisiologica dei tessuti. Con un buon apparecchio possono essere affidati ai treni sanitari ed arrivare lontano senza

alcun nocumento se anche le necessità del trasporto impedissero la medicatura ordinaria.

Conviene ricordarsi che i fratturati sono i feriti che hanno più bisogno e precocemente delle cure degli Ospedali territoriali e degli istituti kinesiterapici per la rieducazione funzionale dell'apparato nerveo-muscolare, delle articolazioni, dei calli ossei, onde la lunga dimora negli Ospedali da campo e da guerra è da condannare se non si vuole fare di tali feriti degli esseri più invalidi di quanto non comporti la natura della lesione riportata.

Il maggiore medico Rivalta R. riconosce che l'argomento della trasportabilità e intrasportabilità dei fratturati è molto delicato e controverso, sopratutto perchè aucuni si attardano troppo sui casi particolari, che pretendono generalizzare, facendo assurgere a massime assiomatiche le condizioni tutte peculiari che ne derivano.

Riguardo pertanto al giudizio di intrasportabilità o meno di tali infermi non conviene esagerare nè per un senso nè per l'altro, bensì mantenersi entro giusti termini e sovratutto attenersi alle indicazioni o controindicazioni suggerite dallo studio del caso per caso, in rapporto allo stato locale della lesione, all'esistenza o meno di mezzi adatti di trasporto, al tragitto più o meno lungo cui deve sottoporsi il fratturato, ecc.

Però di massima si può ritenere che gli affetti da ferita-frattura della coscia debbono essere trattati come i feriti cavitari del cranio, del torace, dell'addome, della spina e cioè trattenuti non meno di 10-15 giorni fino a 4 settimane negli Ospedali di 1ª linea. Ugualmente ci si può comportare verso le gravi fratture esposte comminute del braccio e della gamba, allorchè l'afflusso dei cavitari non ne esige lo sgombro per occuparne i posti.

D'ordinario quindi negli Ospedali di Intendenza tale categoria di infermi giungono dopo una sosta nelle formazioni sanitarie avanzate, ma data la vicinanza di questa zona sanitaria al territorio delle operazioni, non è escluso che qualche volta simili feriti vi giungano direttamente del fronte per 1° sgombero ed in tal caso è opportuno vi siano trattenuti per un tempo più lungo, specialmente sopravvenute complicazioni, che disturbano il processo di riparazione normale.

Le disposizioni sullo sgombero degli infermi concède largo margine alla categoria degli infermi intrasportabili e permette pertanto di soddisfare quei medici e chirurgi che nell'interesse della scienza, desiderano trattenere più a lungo certi pazienti, fra cui i fratturati gravi, purchè non si cada nell'esagerazione, dimenticando il carattere degli Ospedali da campo e da guerra.

Il Tenente medico Camera conviene nella necessità che i feriti con fratture aperte sopratutto femorali debbano essere trattenuti negli Ospedali più avanzati solo quando i sintomi locali e generali dimostrano un decorso normale della lesione o la scomparsa del processo infettivo; si provvederà al trasporto di questi feriti, forniti di idonei apparecchi immobilizzanti, negli Ospedali arretrati, tenedo pure presente l'importanza che questo trasporto, subordinatamente ai criteri accennati, venga reso possibile nel più breve tempo, al fine di avvantaggiare tali feriti di quelle cure per le reintegrazione anatomica e funzionale, più opportunamente riservate agli Ospedali territoriali. C.

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 17 dicembre 1916.

Sulle applicazioni del radium in dermatologia.

A. Breda. — Riferendosi ad altre due sue comunicazioni, riconferma con nuove prove, l'efficacia del radio contro varie dermatosi.

Riguardo ai nevi sanguigni se piani e molto estesi, al radio preferisce le irradiazioni deboli ripetute di Röntgen. Riconosce capace il radio di guarire anche tumori cavernosi o di toglierne l'abbondante emorragia, quando se ne dovesse completare poi la cura col coltello o col termo-cauterio. Parla di 50 casi di cancro cutaneo curati e prevalentemente in clinica, col radio, al quale si apre un brillante avvenire nei casi di cancro degli organi urogenitali femminili.

Infine descrive il gelone permanente del naso, che può condurre a ulcerazione, a gangrena, a tubercolosi.

Insufficienti gli ordinari mezzi di cura, descrive casi rapidissimamente guariti, in modo completo e stabile col radio.

Sul preteso antagonismo tra secrezione interna pancreatica ed azione dell'adrenalina sulla fibra liscia muscolare vasale (presentata dal prof. A. Stefani).

B. Polettini. — Si conferma, mediante ricerche grafiche, la conclusione formulata in una nota precedente che il succo pancreatico spiega un'azione antagonistica sull'adrenalina solo in rapporto al potere glicosurogeno della stessa.

A. Dian.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Acetonuria ed acidosi.

Il nome di acidosi fu dato da Naunyn a quello stato nel quale si ha l'escrezione di acetone, acido aceto-acetico e beta-idrossibutirico. L'acidosi ha un grande interesse clinico perchè, associata ad una diminuzione dell'alcalinità del sangue, svela alcuni fenomeni oscuri che si incontrano nel diabete e nell'avvelenamento da cloroformio. In fisiologia l'acidosi ha importanza perchè la escrezione dell'acido acetico e degli acidi similari dà il modo di spiegare la modificazione del metabolismo del grasso. Queste sostanze sono eliminate prevalentemente con le urine e la influenza delle varie diete e del digiuno sulla loro escrezione è stata recentemente studiata da Lang. Nel descrivere i metodi di esame da lui impiegati, questo autore osserva che, adoperando il metodo di Shaffer per la determinazione dell'acetone, l'acetato basico di piombo può essere causa di errore, costituendo esso stesso una ragione di produzione per quanto piccola di acetone, e di tale errore si deve tener conto. Lang ha trovato che la quantità di questa sostanza escreta da un individuo normale sottoposto ad una dieta contenente a sufficienza dei carboidrati è influenzata principalmente dalle proteine contenute negli alimenti ed oscilla da 10 a 30 mgr. al giorno. La produzione di acetone aumenta notevolmente col digiuno: la quantità escreta durante i primi giorni di digiuno dipende dalla riserva iniziale dei carboidrati ed aumenta non appena la proporzione tra l'ossidazione del grasso e quella dei carboidrati nel corpo diventa più alta di due a uno. La somministrazione di una benchè piccola quantità di carboidrati durante il digiuno determina una notevole riduzione dell'acidosi, tuttavia per arrestarla del tutto occorre una relativamente grande quantità di tali alimenti.

Le proteine agiscono meno bene e meno rapidamente dei carboidrati, gli alcool rimangono senza effetti, i grassi aumentano l'acidosi.

Lang conclude che quando i corpi acetonici sono eliminati in quantità eccessivamente alta essi derivano per la massima parte dai grassi. Egli trovò che dopo tre giorni di dieta consistente in 320 gr. di olio di uliva l'escrezione urinaria di acetone ed acido aceto-acetico fu superiore a 0.8 gr., mentre l'acido beta-ossibutirico fu di circa gr. 1.3 nelle 24 ore. Tale specie di dieta riuscì nauseante e deprimente ed alla sera del terzo giorno si trovò che l'aria espirata conteneva acetone nella proporzione di quasi 9 mgr. per 0 m. La maggiore quantità di acetone si elimina per le urine sotto forma di acido aceto-acetico o di acetico, quindi il termine di acetonuria dovrebbe essere sostituito da quello di «diaceturia» come propone Piper nel 1913. Lang osserva che vi sono fatti che fanno ritenere che una buona parte dei grassi si trasformano nel corpo umano in carboidrati, così come nei mammiferi ibernanti. *a. a.*

L'ossaluria non è una malattia del ricambio materiale.

Da uno studio critico, corroborato da numerosi dati di fatto, il prof. E. U. Fittipaldi (*Riforma medica*, 1916, n. 43) viene alle conclusioni seguenti: 1) L'ossaluria, come malattia, non può esser dovuta ad un eccesso di acido ossalico o di ossalati contenuti negli alimenti (prendendo come base un'ossaluria di 30 mmg., e supponendo che venga eliminato il 10% dell'acido introdotto nell'organismo, occorrerebbero gr. 9375 del calunniatissimo pomodoro). 2) non esiste alcun rapporto fra ossaluria e diabete e fra ossaluria ed obesità. 3) la contemporanea presenza di ossaluria ed uricuria non ha alcun valore di prova per indicarci l'origine dell'acido ossalico. 4) l'eccesso di acido ossalico che si può isolare dal sangue nell'ossaluria, è l'erronea interpretazione di un fatto reale, ossia dell'eccesso di sostanze ossalico-formatrici: quindi l'espressione di ossalemia (quale è stato usato da Loeper) sarebbe uno sproposito. 5) non è dimostrato alcun rapporto fra ossaluria e gotta. 6) la presenza dell'ossaluria quando la respirazione dei tessuti è impedita, indica la mancata ossidazione delle sostanze ossalico-formatrici del sangue. L'ossaluria sarebbe un'auintossicazione di origine enterica, dal prodotto di una fermentazione specifica, ancora mal definita.

FIL.

Il significato clinico dell'indacanuria.

Binda (L'*Ospedale Maggiore*, 1916, n. 8) rileva che l'indacanuria ha solo un valore relativo come segno della intensità dei fenomeni putrefattivi dell'intestino e, indirettamente, delle cause e condizioni che possono influenzare tali fenomeni e l'assorbimento dei relativi prodotti.

Nel *tifo* la eliminazione dell'indacano è molto atipica: ordinariamente si ha una diminuzione in rapporto al fatto che il bacillo ebertziano non determina la formazione di indolo e so-

pratutto alla circostanza che l'alimentazione dei tifosi è in genere prevalentemente lattea.

Nel *colera* invece l'indacanuria è presso che costante e può raggiungere una notevole intensità.

Nella *tubercolosi* specie in quella peritoneale e nella forma cavitaria della tisi pulmonare la indacanuria è frequentissima.

Nella *bronchiectasia*, nella *bronchite putrida*, *nell'ascesso* e *nell'empiema pulmonare* la maggiore produzione e la eliminazione dell'indacano, frequente ed abbondante, ha un'origine extraintestinale.

L'*acloridria* costituisce anche essa una condizione favorevole allo sviluppo dei processi putrefattivi ed ha quindi nei riguardi dell'indacanuria una importanza notevole.

Nell'*ulcera gastrica*, secondo le più recenti osservazioni, la eliminazione dei solfocteri e dell'indacano è molto variabile.

Nel *carcinoma dello stomaco* si ammette dalla maggioranza degli autori che il reperto di un'abbondante eliminazione di indacano sia presso che costante.

Il comportamento dell'indacanuria in rapporto alla frequenza della defecazione è tuttora incerto e molto discusso: in genere si ammette che essa è più frequente nella *stipsi* che nella *diarrea*.

Nell'*occlusione intestinale* e nei *processi infiammatori del peritoneo* essa è quasi costante ed è di solito più intensa nelle forme generalizzate e acute che in quelle localizzate e croniche.

Il *carcinoma dell'intestino* specie se è ulcerato e se determina stenosi del lume intestinale provoca costantemente una intensa indacanuria.

Nell'*elmintiasi* e nell'*anchilostomiasi* è frequente ma non costante.

Nelle *malattie del fegato* il fenomeno dell'indacanuria ha importanza se non in quanto, attraverso a complicazioni e fenomeni secondarî, possono modificarsi i processi putrefattivi che portano alla formazione di indolo e le condizioni dell'assorbimento dello stesso.

Nel *diabete* la eliminazione dell'indacano non è proporzionale alla intensità della glicosuria. La variazione dell'indacanuria in questa malattia sarebbe in rapporto alle eventuali alterazioni della funzione intestinale e più alla dieta ordinariamente ricca di sostanze putrescibili.

Nella *diatesi urica* anche è frequente la indacanuria. *a. a.*

In preparazione:

Numero monografico sulla radiologia medica.

TERAPIA.

La cura della soppressione del pane in dermatologia.

(SABOURAUD, *Presse médicale*, 15 febbraio 1917).

Molte affezioni cutanee si osservano esclusivamente negli obesi e mai nei soggetti magri, che ne presentano invece altre.

L'obesità, s'intende, non è il fattore unico delle dermatosi in parola: peraltro non può negarsi che molte affezioni cutanee si presentano a preferenza nei soggetti pingui e che quando delle banali malattie di pelle si presentano in individui obesi, assumono una fisionomia caratteristica. Si direbbe quasi che tali dermatosi, come i malati che ne sono colpiti, siano troppo nutriti.

Fra le dermatosi degli obesi notiamo subito l'acne cronica della nuca, a tipo foruncoloide, propria dei soggetti a collo così detto taurino; le intertrigini croniche degli adulti; gli eczemi circinnati del petto e del dorso; quelli del cuojo capelluto e delle regioni che lo delimitano e persino affezioni ritenute di natura parassitaria, come p. e. l'eritrasma.

Sono da classificare in questo gruppo anche gli eczemi congestivi e prevalentemente umidi delle gambe, assai ribelli, negli individui troppo grassi, e soprattutto l'acne rosea del naso e delle guancie (copparosa) negli individui che hanno superata la cinquantina.

Spesso, studiando questi malati in cui la cura esterna della dermatosi non può scompagnarsi da quella dell'obesità, si osserva che la soppressione totale del solo pane dall'alimentazione abituale è seguita da un rapido miglioramento nella salute, da una digestione più rapida e più facile, fenomeni che il malato stesso può constatare per così dire dalla sera alla mattina.

Con la soppressione assoluta del pane si permetterà al malato l'uso di altri cibi feculenti, come fagioli, piselli e fave che, non si mangiano se non ben cotti ed in quantità totale sempre limitata, mentre del pane, cibo feculento fermentato e meno cotto, spesso si fa, senza rendercene conto, un grande abuso.

A ciò che precede si può obbiettare che non si osservano mai indigestioni di pane propriamente dette. Ciò è erroneo, secondo l'autore, perchè se ne hanno invece più di quanto non si creda: soltanto esse non sono riconosciute. Molte crisi gastriche e coliche dolorose al punto da richiedere l'uso della morfina, vengono per lungo tempo ritenute come coliche epatiche fruste, mentre non sarebbero invece che l'effetto di indigestioni da mollica di pane le quali, sopprimendo questo solo alimento, scompaiono di un tratto ed in modo definitivo.

Ma per restare nel puro campo dermatologico, quasi tutti i casi di eczema del cuojo capelluto negli adulti, e specie nei soggetti sulla cinquantina, migliorano con la soppressione del pane. Lo stesso dicasi della intertrigine, degli eczemi « umidi » delle pieghe (inguinali, del basso ventre, ascellari, sottomammarie nelle donne). La soppressione del pane agisce sull'eruzione in modo presso che istantaneo, prima di aver potuto agire sulla obesità.

L'autore del resto va più in là: egli pensa che tutte le dermatosi associate ad iperacidità gastrica, e la iperacidità stessa, risentano beneficio dalla soppressione totale del pane. La congestione facciale passeggiera (eritrosi) o permanente (copparosa), soprattutto la congestione permanente del naso e delle guancie a *pipistrello*, e l'acne degli uomini maturi, si giovano in modo particolare di questo regime e le cure locali di tali affezioni riescono più attive quando venga eliminato il pane dall'alimentazione.

Secondo il Sabouraud è verso i 35-40 anni l'età in cui pane, ben digerito sino allora, sembra divenire indigesto, vale a dire quell'età in cui suole sopravvenire l'obesità, facendo astrazione dagli obesi precoci. Ed è appunto nelle dermatosi le quali sogliono presentarsi dopo i quarant'anni che la soppressione del pane è utile.

L'autore conclude esprimendo la convinzione che la soppressione del pane debba riuscire di vantaggio:

1° In tutte o quasi tutte le dermatosi dell'obesità.

2° In tutte le dermatosi del volto che accompagnano la iperacidità dello stomaco.

V. MONTESANO.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(797) *Influenza della tiroide sullo sviluppo scheletrico.* — Al dott. F. Matera, Racchia:

L'influenza della tiroide sulla crescita dello scheletro è ormai ben dimostrata clinicamente e sperimentalmente. La tiroide stimola soprattutto l'osteogenesi encondrale, agendo sulle cartilagini epifisarie, e quindi accelera ed aumenta la crescita in lunghezza dello scheletro. Nella pratica, i preparati di tiroide, massime se associati a preparati di ipofisi, di timo, di surrenali, dànno risultati talora meravigliosi nei casi di ritardo od arresto di sviluppo della statura, in cui, con l'esame radiologico, si constata la persistenza delle cartilagini epifisarie. Se queste sono già scomparse, la tiroidoterapia non avrà quasi alcun effetto.

Per tutte queste quistioni consigliamo di consultare il trattato *Endocrinologia* di N. PENDE, edito dal Vallardi, 1916. S.

(798) *Sulla terapia della ipertricosi.* All'abbonato n. 8413:

Il metodo più conveniente è l'*elettrolisi* purchè adoperata da persona abile e con tutte le cautele necessarie per impedire la formazione di cicatrici, cheloidi, ecc. V. MONTESANO.

(799) *Plastica nasale alla paraffina.* All'abbonato n. 1128:

Viene appunto usata per il naso a sella. Si usa una siringa in vetro da 10 cmc. circa, con un ago lungo cm. 1½ di calibro largo. Si inietta paraffina fusibile a 45°: la si fonde a bagno maria bollente, poi, quando la temperatura si abbassa a 50°, si riempie la siringa, previamente sterilizzata. L'iniezione si pratica nel tessuto sottocutaneo del dorso nasale, in quantità non superiore a 15 cmc. nello stesso punto. Mentre la paraffina penetra nei tessuti, si procede con le mani ad un'acconcia modellatura. Se vi fosse distruzione del setto, è consigliabile, durante l'iniezione, un sostegno nell'interno delle cavità nasali.

Sono stati però segnalati vari inconvenienti, che secondo alcuni, sarebbero da attribuirsi alla tecnica seguìta, anzichè al metodo. Tali inconvenienti sono: la diffusione della paraffina, la sua eliminazione spontanea, lo sfacelo e la gangrena delle parti iniettate, delle flebiti, delle embolie polmonari, seguìte da morte, ed alcuni casi di amaurosi. Alla maggior parte di questi si può ovviare evitando di iniettare forti quantità di paraffina e assicurandosi prima di fare l'iniezione, che dall'ago non coli sangue.

ini.

(800) All'abbonato n. 7733:

Il miscuglio di una soluzione di permanganato di potassio con acqua ossigenata dà luogo all'immediato sviluppo di ossigeno in grande quantità.

Data la fugacità della reazione, per utilizzare tutto l'ossigeno che si libera, occorre che i due liquidi, tenuti separati, vengano a contatto sulla piaga stessa che si vuol medicare.

R. B.

(801) Al dott. L. D. R. da P. M.:

Il periodico risultante dalla fusione degli « Annali di Oftalmologia » con la « Clinica Oculistica » — diretti dai proff. Cirincione e Rampoldi — verrà pubblicato col 1917. Il primo numero, già stampato, perverrà fra qualche giorno agli abbonati. D. MAGGIORE.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

NEGREIROS-RINALDI. *Morfologia normale e patologica del globuli rossi.* — Napoli, Casa editrice di « Folia Medica », Piazza Oberdan, 13.

La monografia che l'A. ci presenta, eseguita nell'Istituto di Patologia Medica della R. U. di Napoli, sotto la direzione di A. Ferrata, è pregevole sopratutto perchè riempie una sentita lacuna dell'ematologia moderna. Riuscirà sicuramente di notevole ausilio al clinico. Sintetico e preciso nelle notizie storiche che riguardano la struttura e l'istogenesi del globulo rosso, l'A. sottopone ad uno studio critico-sperimentale tutta una serie di problemi. Ne stralciamo le maggiori conclusioni. La istogenesi delle cellule primitive del sangue nel periodo preepatico è ricondotta agli emocitoblasti e la loro produzione nelle prime fasi della vita embrionale avviene nell'endotelio dei vasi primitivi (produzione intravasale) e delle cellule mesenchimali (produzione extravasale). Con ogni probabilità anche gli endoteli vasali sono emoistioblasti modificati. Gli eritroblasti primitivi (megaloblasti) passano allo stato di megalocito maturo in seguito a fuoriuscita totale del nucleo picnotico; un numero scarso di eritroblasti primitivi presenta il corpo di Jolly, unico residuo del nucleo picnotico. Nel periodo epatico la formazione delle cellule ematiche nel fegato è esclusivamente extravasale. Fra policromatofilia e granulazione basofila nelle cellule eritroblastiche ed eritrocitiche del fegato embrionale esiste una manifesta affinità morfologica. Il nucleo degli eritroblasti scompare anche nel fegato embrionale in seguito a meccanismi multipli. Nel periodo midollare la scomparsa del nucleo normoeritroblastico può avvenire per espulsione, per carioressi intracellulare e successiva espulsione dei frammenti nucleari e per cariolisi intracellulare con riduzione del nucleo alla forma del corpo di Jolly e scomparsa ulteriore di quest'ultimo.

Nella II parte è trattata la forma del globulo rosso e confermata la classica dottrina della forma biconcava contrariamente alla dottrina di Weidenreich tendente ad ammettere la forma concavo-convessa; nei riguardi del corpo nucleoide del globulo rosso l'A. ritiene che i globuli rossi maturi sono omogeneamente acidofili con una zona chiara nella parte centrale nella quale si possono dimostrare i cosidetti corpi interni nucleoidi di scarso interesse clinico.

Nella III parte sono trattate le modificazioni di forma, di volume, le affinità cromatiche (ipercromia, ipocrimia, corpi di Ehrlich-Heinz, policromatofilia, basofilia, granulazioni basofile). I corpi di Ehrlich-Heinz rappresenterebbero processi degenerativi del globulo rosso, la policromatofilia indicherebbe uno stadio intermedio di maturazione fra protoplasma linfoide dell'eritroblasto e protoplasma ossifilo del globulo rosso. Gli eritrociti basofili sono cellule giovani derivanti dagli eritroblasti basofili i quali hanno perduto precocemente il nucleo prima della comparsa del pigmento emoglobinico. La questione delle granulazioni basofile profondamente studiata è definita nel senso che esse debbano essere considerate come l'espressione di un processo rigenerativo atipico per l'animale di completo sviluppo; quanto alla loro origine l'A. esclude quella nucleare e l'ipotesi meglio documentata ritiene la protoplasmatica.

Per le sostanze colorabili a fresco (sostanza granulo-filamentosa) l'A. conclude che dal punto di vista diagnostico esse significano l'esistenza in circolo di eritrociti immaturi che arrivano alla loro fase completa di sviluppo con un meccanismo di maturazione normale sia per l'embrione che per l'adulto, mentre le granulazioni basofile documentano un tipo di maturazione patologico per l'adulto.

Interessanti sono le osservazioni sulla persistenza del nucleo nei normoblasti e megaloblasti. I normoblasti possono perdere il nucleo in stadi immaturi protoplasmatici, prima di raggiungere la fase di normoblasto ortocromatico nella fase cosidetta linfoide o policromatica e ciò unicamente per l'uomo in condizioni patologiche. I normoeritroblasti possono presentarsi sotto forma di cellule assai voluminose (macronormoblasti) da non confondersi coi megaloblasti a tipo embrionale, ovvero assai più piccole della norma (micronormoblasti). I megaloblasti sono vere e proprie cellule simili a quelle del periodo embrionale preepatico, con ogni probabilità esse derivano dalla cellula mesenchimale emoistioblastica e non emocitoblastica. Il significato clinico dei megaloblasti è sempre di uno stato anemico grave a tipo pernicioso. I corpi di Jolly si trovano con relativa frequenza nelle leucemie e nelle anemie perniciose e in molte forme di anemie secondarie. La policromatofilia azzurofila sta a rappresentare uno stato anemico molto grave e si accompagna assai di frequente alle granulazioni azzurrofile.

Trattati sono infine i processi involutivi del globulo rosso e le questioni riguardanti le piastrine ed i corpi di Pisani. Il volume è corredato di 10 tavole litografiche a colori accuratissime.

C. MORESCHI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Pei medici italiani residenti all'estero.

Molti colleghi, che da più o meno tempo si trovavano all'estero, sono tornati in patria in occasione della guerra, a portarvi l'opera loro preziosa e assumendo completamente i doveri, gli oneri, i pericoli della nostra guerra. Per chi conosce quanti sacrifici, quante improbe fatiche, spese, ecc., costi, ad esempio, in Argentina, il raggiungere il diritto e la possibilità di esercitarvi la professione medica, nonchè, poi, il crearsi una base professionale, riesce facile apprezzare in tutta la sua estensione la nobiltà di condotta di questi colleghi, i quali hanno sentito immediatamente, sopra ogni altra, la voce della Patria, che li chiamava per il grave cimento.

Ho già avuto occasione, prima della guerra, di porre in rilievo le condizioni che l'America faceva, in questi ultimi anni, ai medici europei che vi immigravano, per concedere loro il diritto di esercitare; il tutto affermavo per cognizione diretta e personale presane, quando ebbi l'onore di avere a me affidata, come commissario, la parte italiana della Esposizione Internazionale di Igiene e Medicina, in Buenos-Aires (1910-11).

Non esito tuttora ad affermare che trattasi di pretese così vessatorie, ostruzionistiche ed eccessive, da essere indotti a pensare che niun atteggiamento di pubblica difesa sanitaria, o semplicemente di difesa di classe, valga per giustificarle. Tutti i colleghi di cui so che sono tra noi tornati, e che tuttora prestano servizio medico-militare, passarono, più o meno completamente, per la via lunga e tribolata che aveva poi dato loro il modo di cercarne un ben meritato compenso; ma, qui venendo a compiere il loro dovere, essi ne hanno non soltanto un danno immediato, ma, il che è il più, un grave danno futuro; poichè si può ben comprendere quanto troveranno della loro clientela, dei loro posti, ecc., al ritorno. Un valoroso collega, stabilito a Tunisi, mi diceva, recentemente, che tutto spera dalla grande simpatia che circonderà i medici, dei quali, dopo la guerra, si saprà che hanno fatto il loro dovere. Non contraddissi; ma credo che la dura realtà sia ben diversa, pure ammettendo, ben s'intende, che sarà magnifico usbergo, a Tunisi, a Buenos Aires e dovunque, il sentirsi con la coscienza di avere nobilmente operato, e degni di una grande Patria.

Anche allo scopo di potere, nel dopo-guerra, creare e mantenere coi colleghi italiani residenti all'estero, rapporti continui, dei quali in passato non ci eravamo proprio curati, a differenza di quanto, per motivi morali e materiali, facevano i medici di altre nazioni, propongo:

1° che siano iscritti all'albo di ciascuna provincia, cui appartengono per nascita, o per opzione, i singoli medici, tra noi tornati dall'estero;

2° che sia tale iscrizione (nell'Albo dell'Ordine) assolutamente gratuita e continuativa;

3° che si stabilisca fin d'ora che saranno regolarmente inviate ai colleghi residenti all'estero, venuti fra noi per la guerra, o che abbiano provato con dichiarazione ufficiale del Consolato di essere stati regolarmente dispensati, tutte le comunicazioni che emaneranno dal loro singolo Ordine, o dalla Federazione degli Ordini, salvo a studiare ed attuare le altre disposizioni atte a stringere sempre più nel futuro i rapporti nostri col colleghi all'estero.

Dott. P. PICCININI.

Per gli Ufficiali di carriera della Croce Rossa.

Indico con questo nome coloro che all'inizio della guerra erano già da tempo nella Croce Rossa, paragonabili, sotto tale punto di vista, agli ufficiali di complemento nell'esercito. Essi avevano seguito la *routine* regolamentare, sicchè alcuni si trovavano con grado assai inferiore ai titoli posseduti nella vita civile. Invece i nuovi assunti entrarono senz'altro coi grado assegnato per detti titoli, in analogia alle disposizioni luogotenenziali sulla sanità militare.

È vero che dopo si concesse anche ai vecchi iscritti il nuovo trattamento per i quindici anni di laurea, ma in ogni caso si ebbero delle ingiustizie dal punto di vista dell'anzianità di grado: questa doveva essere calcolata per coloro che già appartenevano all'associazione, non sulla data della deliberazione postuma di promozione, bensì su quella nella quale ognuno era entrato *in diritto effettivo alla promozione stessa* per le leggi allora vigenti.

Esemplificando, in pratica è accaduto questo: Tizio, libero docente, magari direttore di grande ospedale, o professore straordinario, con quindici e più anni di laurea, è, all'inizio della guerra, tenente, con arruolamento avvenuto da dieci o dodici anni. Egli dopo molti stenti, domande, ecc., passa *nell'anno successivo*, capitano, perchè non è lecito saltare un grado. Caio invece si iscrive fresco fresco alla Croce

Rossa solo all'inizio della guerra ed entra subito come maggiore, perchè primario e libero docente, magari più giovane, magari sanitario di un piccolo ospedale. Egli viene così a trovarsi per autorità e stipendio, ben superiore all'altro il cui solo torto fu quello.... di aver avuto fiducia assai prima del collega nell'associazione!

In altre parole per Tizio, l'anzianità di arruolamento divenne un titolo negativo e dannoso.

Per riparare a questi torti la Croce Rossa dovrebbe sostenere le ragioni dei suoi ufficiali della vecchia bandiera di fronte alla sanità la quale ora ha ristretto molto i freni in fatto di gradi, non sempre con criteri saggi di giustizia distributiva.

A. C.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Commissioni sanitarie militari centrali per gli accertamenti sanitari.

Un decreto del Ministro della Guerra in data 24 gennaio 1917, n. 76, stabilisce quanto appresso:

1. — Alle Commissioni sanitarie centrali, istituite con disposizione del 5 ottobre 1915, sono conferite funzioni di vigilanza e di controllo sugli accertamenti sanitari per tutta la durata della guerra.

Esse saranno in numero di nove, costituite ciascuna come segue:

1 colonnello medico o tenente colonnello;
1 colonnello medico o tenente colonnallo;
2 maggiori medici;
2 capitani medici, *membri.*

Ogni Commissione distaccherà dal suo seno due membri, di cui uno ufficiale superiore, per costituire una Sottocommissione, alla quale saranno devolute le visite di controllo ai militari di truppa inabili alle fatiche di guerra presso i depositi reggimentali ed altri centri di mobilitazione.

Tutte le altre attribuzioni saranno riservate alla Commissione.

La giurisdizione delle Commissioni sanitarie centrali sarà, come per lo passato, la seguente:

1ª Commissione sanitaria centrale — Corpo d'armata territoriale di Torino;

2ª Commissione sanitaria centrale — Corpo d'armata territoriale di Ancona;

3ª Commissione sanitaria centrale — Corpo d'armata territoriale di Napoli;

4ª Commissione sanitaria centrale — Corpo d'armata territoriale di Alessandria e la parte di quello di Milano su cui non ha giurisdizione la Commissione sanitaria centrale della zona di guerra;

5ª Commissione sanitaria centrale — Corpo d'armata territoriale di Genova;

6ª Commissione sanitaria centrale — Corpo d'armata territoriale di Firenze e la parte di quello di Bologna su cui non ha giurisdizione la Commissione sanitaria centrale della zona di guerra;

7ª Commissione sanitaria centrale — Corpo d'armata territoriale di Roma;

8ª Commissione sanitaria centrale — Corpo d'armata territoriale di Bari;

9ª Commissione sanitaria centrale — Corpo d'armata territoriale di Palermo.

La sede normale di ciascuna Commissione sanitaria centrale sarà il capoluogo del Corpo d'armata, nel cui intero territorio essa dovrà esercitare la sua giurisdizione.

I comandi di Corpo d'armata provvederanno all'assegnazione dei locali e del necessario personale per lavori di scritturazione e di fatica.

2. — Le Commissioni sanitarie centrali hanno il mandato:

a) di sottoporre a visita preliminare tutti quegli ufficiali che fanno domanda di essere sottoposti a visita collegiale, oppure vi sono proposti dalle competenti autorità militari, tranne i casi di cui al n. 3;

b) di invigilare sulla concessione di licenze di convalescenza per parte delle autorità sanitarie militari;

c) di accertare le condizioni di salute dei militari che già da qualche tempo fruiscono di licenza di convalescenza di qualsiasi durata, per constatare se vi siano individui ridivenuti idonei al servizio, anche sedentario;

d) di visitare i militari degenti in qualsiasi luogo di cura, allo scopo di limitarne la degenza al tempo strettamente necessario ed in relazione alla natura ed entità della malattia o ferita, o ad eventuali necessità di provvedimenti medico-legali;

e) di sottoporre a visita i militari dichiarati non idonei alle fatiche di guerra sia temporaneamente che presunti permanentemente, presso i depositi reggimentali o altri centri di mobilitazione, secondo le norme prescritte dall'art. 1 del decreto luogotenenziale n. 307 del 12 maggio 1916 (circ. 195 del *Giornale Militare,* 1916).

3. — Dalle visite di cui al comma *a*) del n. 2 saranno esclusi quegli ufficiali affetti da infermità già riconosciute dipendenti da cause di servizio, per i quali si impone un provvedimento di Stato (articolo 46 e seguito del fascicolo II, disposizione 3ª della raccolta) e gli ufficiali a termine di aspettativa che debbono essere sottoposti a nuovi accertamenti sanitari prima di riassumere servizio.

Nelle visite agli ufficiali la Commissione, se giudica necessario un provvedimento di Stato, esprime brevemente la sua determinazione sulla domanda dell'ufficiale o sulla richiesta di visita fatta dalle autorità, ed invia il documento all'ospedale militare competente, il quale procederà ai prescritti accertamenti (visita collegiale, ecc.).

4. — I giudizi emessi dalle Commissioni sanitarie centrali sono «inappellabili» ed hanno «valore esecutivo» salvo contraria disposizione da parte solo del Ministero della guerra (ufficio sanitario).

5. — Le varie autorità militari, territoriali e sanitarie, dovranno confortare le Commissioni stesse

della più premurosa cooperazione, forenendo tutti i dati eventualmente richiesti, facilitando in ogni modo il loro compito e rendendo esecutivi i loro deliberati.

6. — I giudizi emessi dalle Commissioni sanitarie non possono per qualsiasi ragione essere sospesi o modificati dalle autorità militari; se le condizioni fisiche di un militare, già visitato da una Commissione, si modificassero in modo da non permettere la esecuzione del giudizio di essa, le autorità militari ne daranno immediata partecipazione alla Commissione stessa, che procederà ai relativi accertamenti e conseguenti provvedimenti.

7. — Le visite di controllo ai militari non idonei alle fatiche di guerra presso i depositi dei reggimenti ed i vari centri di mobilitazione, di cui al comma *e*) del n. 2, saranno eseguite con intervallo non superiore ai 2 mesi e possibilmente senza preavvisi.

I militari di truppa saranno visitati dalle Sottocommissioni di cui al n. 1 e gli ufficiali da tutta la Commissione.

8. — Le Commissioni sanitarie si asterranno di emettere giudizi sui militari sui quali sono già in corso pratiche medico-legali (rassegne o visite collegiali), anche appena iniziate, e su tutti quei militari la cui posizione di licenza o di inabilità alle fatiche di guerra sia stata pronunziata dai direttori di sanità o dall'Ispettorato di sanità militare, a meno che essi non si trovino nell'ultimo mese di licenza o d'inabilità.

9. — Nel caso che le Commissioni riconoscessero le aggravate condizioni di salute di militari in licenza per malattia o ferite dipendenti da cause di servizio, e tali da render necessario un trattamento curativo, disporranno per il loro ricovero immediato in un ospedale militare, avvertendo il Corpo cui il militare appartiene.

10. — Qualora durante le loro visite le Commissioni riscontrassero nei militari visitati infermità o postumi di ferita che li rendano a loro giudizio inabili al servizio militare in modo temporaneo o permanente, esse si regoleranno così:

a) Se tale constatazione è fatta su militari in licenza di convalescenza o allo scadere della medesima, esse segnaleranno il caso al comando del Deposito, cui il militare appartiene, perchè questo, al termine della licenza, provveda o sottoponendo il militare ad osservazione, o proponendolo a rassegna.

b) Se tale constatazione è fatta presso un Deposito o altro centro di mobilitazione, la Commissione invierà il militare in osservazione all'ospedale militare più vicino, ove saranno da quel direttore presi i provvedimenti medico-legali del caso.

11. — Le direzioni degli ospedali militari trasmetteranno quindicinalmente l'elenco degli ufficiali e militari inviati in licenza di convalescenza, anche in seguito a rassegna, alla Commissione sanitaria centrale nell'ambito della cui giurisdizione l'ospedale stesso si trova.

La Commissione sottoporrà a visita, giusta il comma *c*) del n. 2, quei militari di truppa ed ufficiali domiciliati nel Corpo d'armata in cui funziona, segnalando alle competenti rispettive Commissioni quelli domiciliati fuori del territorio suddetto.

12. — I militari in licenza di convalescenza, anche a seguito di rassegna riconosciuti dalle Commissioni idonei a riassumere servizio, saranno senz'altro dalle Commissioni stesse fatti rientrare, a mezzo dei comandi dei reali carabinieri o distretti, ai propri depositi, ai quali le Commissioni comunicheranno le proprie decisioni.

13. — Le Commissioni dipendono direttamente ed esclusivamente dal Ministero della guerra (ufficio sanitario), al quale ciascuna trasmetterà al termine di ogni mese un breve riassunto statistico delle visite fatte e rappresenterà i suoi eventuali bisogni, segnalando altresì, volta per volta, quanto possa meritare speciale rilievo.

I decreti ministeriali del 17 febbraio 1916 (circ. 149 del *Giornale Militare*, 1916) e dell'11 maggio 1916 (circ. 282 del *Giornale Militare*, 1916) e le altre disposizioni riguardanti le Commissioni sanitarie centrale sono abrogate.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6756) *Elenco dei poveri.* — Dott. G. D. da C. di R. E. — Tranne che trattisi di poveri di passaggio, il Sindaco non ha facoltà di inscrivere di propria esclusiva iniziativa alcun individuo nello elenco dei poveri. Ricorra contro l'illegale provvedimento al R. Prefetto della Provincia.

(6757) *Trattamento economico dell'ufficiale sanitario chiamato sotto le armi.* — Dott. Urussanga. — Come ufficiale sanitario di codesto Comune chiamato sotto le armi Le compete l'assegno prestabilito fino al 31 agosto 1915. I ncaso di persistente ostinato rifiuto da parte del Comune può adire l'autorità giudiziaria competente per territorio e valore. L'ufficiale sanitario nominato in base a concorso presta il giuramento di rito dinanzi al Prefetto della Provincia.

(6759) *Trattamento economico dei medici chiamati sotto le armi.* — Dott. G. M. da R. — A noi sembra non giusta la opposizione che l'amministrazione presenta per il pagamento dei due mesi di stipendio, dovutile per il richiamo sotto le armi. Se Ella ha prestato servizio fino alla partenza, lo stipendio ha compensato la relativa prestazione ma non ha costituito l'indennizzo che la legge ha accordato a coloro che prima della chiamata prestavano servizio presso una pubblica amministrazione.

(6760) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. F. S. S., da S. — Gli impiegati comunali chiamati sotto le armi come ufficiali del R. Esercito ricevono sempre dalla Amministrazione militare integralmente lo stipendio militare, spettando alle amministrazioni civili cui appartengono di pagare le altre somme che eventualmente possano loro spettare.

Il corpo presso i quali prestano servizio come ufficiali debbono partecipare alle amministrazioni

civili interessate l'importo lordo dello stipendio affinchè possa servire di base alla amministrazione stessa per il pagamento delle altre competenze eventualmente loro spettanti.

Vi è una speciale indennità per gli ufficiali richiamati dal congedo posteriormente al 1° agosto del 1914.

Detta indennità è concessa senza limitazione di tempo a coloro che sono ammogliati con prole, nella misura di lire 2.50 al giorno se tenenti o sottotenenti.

(6762) *Ritenute sullo stipendio.* — Dott. G. C., da M. — Detratta la ricchezza mobile, l'aggio allo esattore, il contributo del centesimo di guerra e quello monte pensioni, il suo stipendio di lire 4400 si riduce a lire 3837.85.

(6763) *Divieto di aumento di stipendio durante la guerra. - Indennità caro-viveri.* — Dott. A. R. da P. — La circolare cui allude con cui fu fatto divieto alle Amministrazione municipali di aumentare gli stipendii dei proprii impiegati durante l'attuale periodo di guerra, effettivamente esiste ed è del 1915, cioè dell'anno in cui cominciarono le ostilità. Molti Comuni, in vista dell'aumentato prezzo delle derrate alimentari, si sono indotti a concedere una indennità caro-viveri: indennità di carattere assolutamente transitorio, da valere per la sola durata della guerra. Nessuna norma regola tale concessione, che è lasciata al prudente criterio delle Amministrazioni municipali sia riguardo all'ammontare, sia riguardo alle relative modalità, in rapporto alla composizione di ogni singola famiglia.

(6763) *Capitolato non approvato dalla autorità tutoria. - Efficacia legale.* — Dott. A. M. da F. — Le deliberazioni consiliari che hanno bisogno di speciale approvazione non diventano esecutorie, nemmeno per decorrenza di termini, se tale approvazione non sia intervenuta. Epperò lo schema di capitolato, cui allude, è rimasto privo di qualsiasi efficacia legale dal momento che non fu approvato dalla autorità competente, la quale, come Ella stessa assicura, elevò alcune obbiezioni quando le fu presentato: obbiezioni che non furono risolute e, quindi, le cose rimasero allo stato di prima. Ora, quindi, il Comune ha ragione di negarle l'aumento sessennale di stipendio che Le compete, ma trovasi in grave colpa per non aver da molti anni pensato a regolarizzare la posizione del proprio condottato, il quale attualmente trovasi a servire senza capitolato, contrariamente al voto della legge, che vuole che tale atto sia completo, perfetto e giuridicamente efficace fin dal principio della nomina. A sistemare la sua posizione di fronte ai diritti che eventualmente potrà far valore presso il Comune, La consiglieremmo a rendersi iniziatore di una sollecita ripresa nella trattazione della pratica promovendo l'immediato invio del capitolato in parola alla G. P. A. per la sua definitiva decisione di merito. A rimediare il mal fatto, il Comune, prima dello invio, dovrà con apposito atto deliberativo ripetuto, come per legge, due volte aggiungere al capitolato stesso un articolo contenente la disposizione transitoria con la quale al medico già in carica si accordi il diritto all'aumento sessennale dello stipendio dal giorno della sua nomina o, quanto meno, da quello in cui fu adottata la precedente deliberazione consiliare, rimasta imperfetta per tanti anni nello archivio municipale.

(6766) *Cassa di previdenza. - Aspettativa per ragioni di famiglia.* — Dott. S. N. da B. V. — Gli anni trascorsi come libero esercente non si possono riscattare, nè è computabile l'anno trascorso in aspettativa senza stipendio, perchè la legge dichiara essere valutabili ed utili i soli anni di servizio prestati con corrisponsione di stipendio.

(6767) *Dimissioni. - Se sia vietato presentarle.* — Dott. V. M. da 7822. — Dal momento che imperiose sue condizioni personali e di famiglia La impongono ad abbandonare codesta residenza, Ella può sempre rassegnare le proprie dimissioni tanto dalla carica di medico condotto quanto da quella di ufficiale sanitario, entrambe attualmente tenute in via provvisoria.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 8070:

Se il collega ha il *visus* ridotto in ambo gli occhi *di un cinquantesimo* non correggibile con le lenti, può considerarsi completamente cieco.

Vi deve quindi essere un errore o nel primo o nel secondo giudizio. Basta infatti la riduzione del *visus* di 1/12 in un solo occhio per motivare la riforma.

Al dott. R. R., Zona di Guerra:

Ha diritto all'avanzamento insieme con gli ufficiali effettivi.

Gli specchi di avanzamento sono stati chiesti con la circolare 27 sul giornale militare 1917.

Al dott. « *Urussanga* »:

Non hanno bisogno di attendere i *fatidici* quindici anni di laurea, perchè vengano promossi insieme con gli ufficiali medici effettivi di pari anzianità (art. 1 Circolare 752 del 1916).

Al dott. E. S., Zona di Guerra:

Non esiste nessuna circolare la quale stabilisca che i richiamati appartenenti alla classe di leva 1874 debbano prestar servizio soltanto in ospedali territoriali. È una disposizione di ordine interno.

All'abb. n. 668:

Avendo avuto una promozione non ha diritto ad una seconda promozione, a meno che, essendo richiamato in servizio, non vi sia proposto *per speciale distinzione* (art. 5 Circ. 752 del 1916).

Al dott. P. L., Zona di Guerra:

Dal ruolo degli ufficiali della Croce rossa non si può far passaggio a quello degli ufficiali effettivi del corpo sanitario militare.

Al dott. F. S. da C. M.:

Saranno promossi verso i primi di marzo.

Al dott. G. M. da F.:

Non abbiamo compreso il quesito.

All'abb. n. 7553:

Se il collega non è il medico condotto, non sembra che l'essere egli ostetrico — sia pure l'unico del paese — basti a giustificarne l'esonero.

La questione deve essere risolta non dalle autorità militari, ma dall'autorità prefettizia.

Al dott. A. C., Zona di Guerra:

Non è permesso ai medici mobilitati di prender parte a congressi.

Al dott. P. S., di S. in C.:

Suo figlio può provare a chiedere una licenza all'epoca degli esami; ma essa è subordinata alla possibilità di concedergliela, dato che si tratta di uno studente del 2° anno di medicina.

Al dott. L. D. M., da R.:

Se è esonerato per malattia indipendente da causa di servizio, non può, in tal periodo, aspirare allo avanzamento.

Al dott. A. B., Zona di Guerra:

Solo gli ufficiali medici delle classi dal 70 al 75 sono stati lasciati, siano o no inabili a far servizio, nel territorio del proprio corpo d'armata. Gli altri inabili al servizio mobilitato e solo abili a quello territoriale possono essere traslocati a compierli in qualsiasi punto della zona territoriale.

Non è quindi il caso di fare alcun reclamo.

Al dott. L. L., S. D. d. P.:

Si ritiene che l'indennità d'arma debba essere conglobata con lo stipendio militare nel conteggio della differenza fra stipendio militare e civile; ma è questione puramente amministrativa. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

ANCONA. — *Ospedale civile « Umberto I ».* — Cercasi subito medico-assistente, preferibilmente laureato di recente; esente da servizio militare e da impegni con la Croce Rossa. Stipendio annuo lordo L. 1080 annue, oltre il vitto e l'alloggio nell'Istituto e qualche incerto. Nomina biennale. Rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

MILANO. — *Consiglio degli Istituti ospitalieri. - Premio Dell'Acqua per l'anno 1917.* — In adempimento alle disposizioni testamentarie 5 ottobre 1842 del sig. dott. Felice Carlo Dell'Acqua ed alle norme approvate dal Consiglio ospitaliero con deliberazione 10 dicembre 1865, è aperto il concorso al premio di L. 414.81 da conferirsi all'autore della migliore memoria o tema libera di medicina, o di chirurgia, o medico-chirurgico, scritti in buona lingua italiana.

Gli aspiranti al premio devono essere medici supplenti od assistenti presso questo Ospedale Maggiore e non devono avere oltrepassata l'età di anni 35.

Le memorie mediche o chirurgiche o medico-chirurgiche dovranno, secondo le consuete forme accademiche, essere contraddistinte da un'epigrafe ripetuta sopra una scheda suggellata contenente il nome dell'autore e dovranno essere presentate all'Ufficio di protocollo di questo Consiglio non più tardi delle ore 16 del giorno di giovedì 20 dicembre 1917.

Il premio verrà aggiudicato da apposita Commissione eletta in conformità alle disposizioni testamentarie ed alle norme suindicate, e l'autore sarà poi tenuto a far stampare la memoria premiata ed a consegnarne gratuitamente due esemplari alla Biblioteca dell'Ospedale Maggiore.

Milano, 15 dicembre 1916.

Il Presidente: E. ARIENTI.

Il Segretario generale: AVV. G. GAGGI.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

MILANO. — Il Consiglio degli Istituti Ospitalieri, nella sua seduta del 9 gennaio 1917, conformemente al voto della Commissione esaminatrice chiamata a valutare i lavori presentati al concorso per il premio Dell'Acqua per l'anno 1915, ha deliberato di conferire il detto premio al signor dott. Ugo Sella, medico assistente nella Succursale di Cernusco sul Naviglio, autore della memoria intitolata: « L'apparato elastico del polmone dell'uomo nelle varie forme di tubercolosi ».

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Baldassarre Tranquillo, da Sormilo (Parma), sottotenente medico milizia territoriale reggimento fanteria. — Con grande calma, rinunciando anche al cambio prestabilito, medicava centinaia di feriti nel posto di medicazione avanzato, sotto l'infuriare del fuoco dell'artiglieria nemica, le cui granate ferivano ed uccidevano, vicino a lui, numerosi soldati. — Monte Sei Busi, 21-26 ottobre 1915.

Calvo Attilio, da Avola (Siracusa), sottotenente medico complemento fanteria. — In vari combattimenti, attese, con vera abnegazione e serena intrepidezza, all'assistenza dei feriti e, duranta l'avanzata del reggimento, si recò frequentemente ai posti di medicazione avanzati e sulle prime linee, intrepido e non curante del pericolo, riuscendo di bell'esempio ai suoi dipendenti. — Monte San Michele, 4 ottobre-5 novembre 1915.

Centineo Santi, da Gangi (Palermo), sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Assisteva, con vera abnegazione, i numerosi feriti durante l'avanzata del reggimento, dando sempre bella prova di coraggio e sangue freddo, anche nei momenti più critici. Noncurante del pericolo, recavasi spesso nelle trincee ed al posto avanzato di medicazione, rincorando, con la sua instancabile attività, quelli che l'accompagnavano nell'adempimento della sua pericolosa missione. — Monte San Michele, 21 ottobre-5 novembre 1915.

Fabris Stanislao, da Napoli, aspirante ufficiale medico reggimento fanteria. — Mentre una granata nemica cadeva sul posto di medicazione durante il combattimento, uccidendo tre soldati e ferendone dodici, con sereno coraggio, proseguì nella sua opera, soccorrendo anche, i nuovi feriti, e non ritirandosi che in seguito ad ordine del capitano medico. — Podgora, 3 novembre 1915.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(Bologna, 3-5 marzo 1917).

Nella grande aula dell'Istituto di anatomia umana della Regia Università, gentilmente concessa dal direttore dell'Istituto, il chiarissimo prof. Giulio Valenti, si è inaugurato alle ore 9 del 3 marzo il 25° Congresso della Società Italiana di Chirurgia. Notevole la presenza di illustri Maestri, il senatore Durante, il senatore Novaro, e quasi tutti gli altri Clinici, nonchè alcuni professori ordinari di vari rami della medicina. Grandissimo il numero degli intervenuti, soci e non soci della fiorente Società: la più gran parte dei noti primari degli Ospedali Civili, molti dei quali in veste militare, anzi al Congresso sono stati comandati 161 ufficiali medici della zona di guerra e territoriale, di tutti i gradi e tutti presenti, fra cui diversi colonnelli medici direttori di Ospedali militari principali, nonchè alcuni Ufficiali medici superiori della R. Marina. Gradita la presenza del generale Bonomo, a tutti noto oltrechè per l'alta opera sua militare, come chirugo chiarissimo. Presente pure è l'on. Brunelli.

Ha aderito al Congresso il prof. Roth, sottosegretario di Stato per la pubblica istruzione, inviando il seguente telegramma:

«Dolente che sopravvenute circostanze, rendendo indispensabile mia presenza capitale, impediscanmi partecipare domani inaugurazione Congresso Chirurgia; plaudo degna opera nostra Società, che sa trovare posto per i concili scientifici, comunque grave sia ora presente, col voto ardentissimo che dalle discussioni nuova luce ritragga nostra scienza chirurgica. Cordiali saluti ed auguri anche da parte del ministro».

Al quale il prof. Ruggi ha così risposto:

«*Eccellenza Roth* — Roma.

«Riconoscente cortese ricordo E. V. trasmetto ringraziamenti assemblea Congresso chirurgico, grato V. E. e S. E. ministro pubblica istruzione».

Felice è stata la scelta della sede per lo svolgimento delle comunicazioni, perchè l'aula di anatomia è ampia, bene costruita, elegante e ricca di mezzi meccanici dimostrativi.

Il presidente del Comitato ordinatore del Congrasso, il chiarissimo prof. Ruggi, clinico di Bologna, apre il Congresso medesimo pronunciando il seguente discorso:

«Nella mia qualità di presidente del Comitato ordinatore dell'attuale Congresso, mi è grato porgere a Voi tutti, anche a nome dei miei amici di presidenza, il più cordiale saluto.

«Il compito grave di preparare questo Congresso ci fu affidato dal Comitato esecutivo della Società Italiana di Chirurgia, che ha la sua sede in Roma ed è presieduta dal senatore Durante. Detto Comitato con provvida disposizione, stabiliva che il 25° Congresso della Società, avesse luogo in questi giorni in Bologna con un programma, dirò così, di guerra.

«E noi abbiamo accettato con entusiasmo l'onorevole incarico, convinti che la determinazione presa dal nostro Comitato esecutivo dovesse riscuotere la generale approvazione. Ed è stato realmente così, perchè unanime e dirò plebiscitario è stato il responso dei colleghi appena ebbero cognizione della cosa.

«Anche il Governo ha compreso l'importanza di questo Congresso favorendo la venuta fra noi di parecchi nostri colleghi dalla zona di guerra e comandando che molti valorosi ufficiali della Sanità prendano parte alle discussioni, portando in seno al Congresso il tesoro della loro esperienza.

«Risulta da ciò che l'attuale Congresso non è soltanto quello della nostra Società Italiana di chirurgia; bensì un Congresso nazionale; un Congresso che chiameremo della difesa dei nostri valorosi soldati, dei nostri eroi.

«Mai come in questa guerra, che tanto ci opprime e ci addolora, è stata valorizzata la scienza e l'arte nostra; riconosciuta cioè la importanza della chirurgia generale, della quale noi soci della Società Italiana di Chirurgia siamo i più legittimi rappresentanti.

«Anche la Sanità militare, che alla dichiarazione di guerra non si trovava in un letto di rose, ha sentita e ricercata l'opera nostra. Essa ha saputo e potuto riparare a tutte le esigenze materiali, stante la grande liberalità del Governo, che non ha lesinato nelle spese. Con illuminata attività la Sanità militare ha provvisti ospedali e laboratori di tutto quanto poteva occorrere per essi: e coadiuvata dalla direzione della Sanità pubblica e da eminenti scienziati della patologia generale e dell'igiene, ha potuto in modo meraviglioso curare la profilassi delle più micidiali infezioni generali. Ma, dove non è arrivata a colmare i vuoti, è stato per rispetto ai chirurghi. È avvenuto perciò che la Sanità militare ha trasformato in chirurghi colleghi nostri che non si erano mai occupati di chirurgia, colleghi che avevano esercitata temporaneamente la chirurgia in luoghi lontani, quando ben diversi dagli attuali erano i concetti ed i mezzi usati; infine ha chiamato in qualità di chirurghi operatori gli specialisti di ogni genere. Fra questi hanno fatto certo mirabil prova quelli delle specialità chirurgiche, massime se prima di essere specialisti, erano stati chirurghi generali.

«Ora, per tutti questi colleghi, l'attuale riunione potrà essere di grande giovamento, non solo per quello che sarà detto durante le sedute del Congresso, ma per quello che, durante il reciproco famigliare ragionamento fuori di questa aula, sarà detto dai loro rispettivi maestri che, con vero sentimento d'italianità, sono qui accorsi per il bene di tutti. E di profitto sarà anche per noi vecchi del mestiere questo Congresso, perchè molte cose nuove potremo udire ed imparare dagli altri.

«Fra breve noi dovremo infine discutere su alcune cose nuove e su molte anche vecchie, come della quistione relativa alle infezioni chirurgiche che noi avevamo bandito dalle nostre sale e che ora vediamo sventuratamente rifiorire in esse.

« Ma questo Congresso ha anche un'altra grande attrattiva ed importanza per noi soci della Società Italiana di Chirurgia.

« L'esistenza e la vitalità di questa nostra Società, rendendosi solo manifesta in queste sporadiche riunioni, dobbiamo, a mio avviso, riconoscere questa data del 25° Congresso, come quella delle nozze d'argento della Società medesima.

« Sia adunque il benvenuto questo Congresso. Io sono felice che così importante ed eccezionale avvenimento che resterà memorando negli annali della Storia Chirurgica Italiana, si compia nelle attuali condizioni, in Bologna, mia città natia; in Bologna antica e vetusta città che fu madre degli studi; in questa città sopranominata la Dotta perchè fu culla dell'insegnamento del Diritto; si compia infine in questa città antica, valorosa ed ospitale sul cui scudo sta inciso a lettere d'oro, quale suo emblema glorioso, il motto « Libertas », simbolo di forza e di indipendenza.

« *Libertà e diritto:* parole sacre, per le quali i popoli civili lottano ora contro la barbarie e le sopraffazioni. *Diritto e libertà:* parole suggestive che debbono essere più che mai scolpite nei nostri cuori e nelle menti nostre, ora che stiamo per intraprendere così importanti lavori, diretti alla salute dei nostri bravi soldati feriti, dei nostri eroi, che così valorosamente combattono per il bene, per l'onore, per la gloria d'Italia ».

Il discorso, seguito con viva attenzione dai congressisti, accoglie lunghi e sinceri applausi. Dopo i quali si alza, fra la deferente attenzione di tutta l'assemblea, il presidente del Comitato esecutivo senatore Durante, che in un mirabile discorso, salutati i congressisti militari e borghesi, illustra in una rapida, felice sintesi, le ragioni del Congresso, il quale nel momento storico attuale acquista un'importanza notevolissima, non tanto per il progresso intrinseco della Chirurgia di guerra, quanto per la portata sociale che assume il miglior esercizio pratico di questo difficile ramo della chirurgia.

Numerose, egli dice, sono le comunicazioni pervenute alla Segreteria, più di 150, in gran parte sopra argomenti di peculiare interesse. Ma la ristrettezza del tempo dolorosamente obbliga a fissare un tempo di esposizione non superiore a 15 minuti per ogni relatore. Propone che a dirigere i lavori del Congresso sia eletto per acclamazione il Comitato ordinatore. Ciò che l'assemblea fa fra unanimi applausi; di conseguenza il prof. Ruggi va al banco della presidenza.

Le comunicazioni sono state divise nei seguenti gruppi:

Comunicazioni riguardanti:

1) la cura delle ferite di guerra;

2) le ferite con lesioni delle ossa e delle articolazioni;

3) le lesioni dei nervi, vasi e midollo spinale;

4) le ferite del capo e del collo;

5) le ferite del torace;

6) le ferite dell'addome.

Non ci pare utile riprodurre l'elenco dei titoli delle comunicazioni.

Nell'atrio dell'Istituto, sede del Congresso, sono esposti gli apparecchi meccanici per la fisio-terapia di guerra costruiti, secondo indicazione del professore Vittorio Putti, dalla ditta Langarini-Zurla di Bologna; e gli apparecchi del prof. Benedetto Schiassi per la cura delle ferite di guerra col bagno caldo. Inoltre, a cura dell'editore Cappelli (libreria Treves), è esposta una ricca collezione di opere italiane e straniere di materia chirurgica. Fra queste il 1° fascicolo del nuovissimo periodico di sua edizione « La chirurgia degli organi del movimento » diretto dal prof. Putti.

GUIDO M. PICCININI.

Nei prossimi fascicoli daremo il resoconto dei lavori, redatto per il nostro periodico dal dottor L. Zapelloni.

NOTIZIE DIVERSE

Conferenza interalleati per l'educazione professionale dei mutilati.

Ad iniziativa del Governo Belga, si è adunata a Parigi una Conferenza per lo studio dei problemi relativi all'educazione professionale dei feriti in guerra. La conferenza è stata indetta per il 6 marzo; i lavori sono stati ripartiti in cinque sezioni: educazione funzionale, educazione professionale, collocamento, problemi economici, problemi sociali.

Per eventuali informazioni rivolgersi alla Segreteria, rue du Bocage de Bléville, Havre; ovvero all' « Office National des Mutilés et Réformés de la Guerre », 97, Quai d'Orsay, Parigi.

Assistenza ai soldati ciechi, storpi e mutilati.

La Federazione dei Comitati di Assistenza ai soldati ciechi, storpi e mutilati, che ha sede in Roma presso la Cassa Nazionale Infortuni (Piazza Cavour, n. 3), pubblica un Bollettino il quale contiene notizie utili sulla protesi e su altre provvidenze a pro' dei nostri gloriosi mutilati.

Il Bollettino interessa largamente la famiglia sanitaria italiana, che non mancherà di sostenerlo quotandosi per l'abbonamento. Questo importa L. 5 annue.

Per l'assistenza ai mutilati ed agli orfani dei morti in guerra.

La Commissione speciale del Senato, incaricata dell'esame dei progetti di legge riguardanti l'assistenza e la tutela dei mutilati e degli orfani dei morti in guerra, dopo alcune riunioni preliminari ha ritenuto in massima che i progetti anzidetti possono essere modificati, nel senso di migliorare la forma e la sostanza dei provvedimenti a favore di chi si è reso benemerito della Patria ed a favore degli orfani.

Ad una prossima adunanza della Commissione sono stati invitati ad intervenire il presidente del Consiglio e il ministro dell'interno per discutere in merito agli emendamenti proposti.

Disciplina dei consumi.

Un Decreto dei ministri degli interni e dell'agricoltura, in data 21 febbraio, stabilisce che la farina debba essere abburattata ad una resa non inferiore al 90 %, fatta eccezione per quella proveniente dai grani duri e destinata a preparare le paste alimentari; esso regola la sorveglianza per l'applicazione di queste disposizioni, affidandola anche agli ufficiali sanitari, e commina le penalità ai contravventori.

Un decreto Luogotenenziale, in data 25 gennaio, disciplina la macellazione dei suini.

Un'ordinanza del Commissario generale dei consumi, in data 21 febbraio, disciplina la macellazione, la vendita ed il consumo degli agnelli giovani.

Un'altra ordinanza dello stesso, di pari data, regola l'orario di lavorazione nei panifici.

Per le vaccinazioni antitifiche.

È stato approvato un progetto per la conversione in legge del decreto luogotenenziale concernente le vaccinazioni antitifiche nell'esercito e nell'armata. L'on. Bonardi ha raccomandato la più severa vigilanza su queste vaccinazioni, affinchè eventuali errori di tecnica non si risolvano a danno di un sistema profilattico, che segna indubbiamente un notevole progresso della scienza. L'onorevole Boselli ha tratto motivo dalle raccomandazioni del Bonardi per lodare l'opera svolta dalle autorità competenti per la tutela sanitaria dei valorosi nostri combattenti.

Un sanatorio per i bambini tubercolotici.

Con i fondi avanzati sull'introito della grandiosa lotteria organizzata dal *Giornale d'Italia* e con quelli della sottoscrizione consecutiva è stata decisa l'istituzione di un Sanatorio per bambini tubercolotici, prevalentemente figli dei combattenti.

L'introito netto ascende fin'ora ad oltre 650,000 lire. Di esse circa 330,000 lire sono state prelevate per sussidi immediati od elargiti mediante l'opera del Comitato per l'organizzazione civile; la somma rimanente verrà tutta dedicata al Sanatorio, su proposta del commissario dott. prof. Morini.

Il prof. Marchiafava ha scritto al *Giornale d'Italia* una nobile lettera per patrocinare l'umanitaria iniziativa. Alcuni benemeriti, tra cui i professori Trambusti e Quierolo e il dott. Ballerini, hanno inviato il loro obolo; il sig. A. Bernabei ha donato un completo impianto radiologico.

Generosa offerta alla sanità militare.

Il signor Giuseppe Feltrinelli ha offerto un apparecchio radiologico *Réforme* ed il relativo impianto alla Direzione di Sanità territoriale di Roma.

Una visita dell'on. Roth alla Scuola Medica di Padova.

L'on. prof. Angelo Roth, sottosegretario all'Istruzione, si è recato a visitare i padiglioni e gli istituti universitari di Padova; era accompagnato dal professore Lucatello, preside della facoltà medica, dal tenente generale Carpi, dal comm. Buonocore, da quasi tutti i docenti dei corsi di medicina.

Dopo la visita S. E. si è trattenuto con gli studenti, che in numero di oltre 1500 formavano quadrato nel piazzale adiacente agli Istituti. Egli ne ha interrogati parecchi, dei vari corsi, sui loro studi e i loro desiderata.

Il prof. Lucatello ha salutato con bellissime parole l'on. Roth, che ha risposto esprimendo il suo vivo compiacimento per l'ordinamento degli studi, complimentando gli insegnanti per le superate difficoltà didattiche dovute al numero grandissimo di studenti, esortando questi a continuare nello studio per prepararsi a portare il loro aiuto ai soldati combattenti per il nome d'Italia.

È stata offerta dal Corpo insegante una colazione all'on. Roth, che poi è partito alla volta di S. Giorgio di Nogaro. G. A.

Nel giornalismo medico.

Dopo trenta mesi di sosta forzata, riprendono la pubblicazione gli *Archives Médicales Belges*, da noi già annunziati.

I redattori si propongono lo scopo precipuo di consegnare in questo periodico l'esperienza accumulata dai medici militari belgi sul campo e nelle retrovie; di promuovere i dibattiti relativi ai problemi medici del dopo-guerra; di riannodare i legami di fratellanza e di solidarietà tra i colleghi.

Gli *Archives Médicales Belges* vengono stampati da mutilati, nell'« Institut Militaire Belge de Rééducazion Professionelle »: è questo un incoraggiamento a perseverare nell'iniziativa.

Il primo fascicolo comprende tre memorie originali (ferite del ginocchio, febbre palustre nelle Fiandre, medicina sociale in Inghilterra), una rivista generale (lesioni dei nervi periferici), una serie di analisi e la cronaca.

La rinascita del periodico belga riafferma la vitalità dell'eroico piccolo popolo: è un presagio ed un augurio.

Gli abbonamenti per l'estero importano 18 franchi; si ricevono presso la Casa J.-B. Baillière et Fils (Parigi, 19, Rue Hautefeuille).

Endocrinology è un nuovo periodico il quale comprova il poderoso sviluppo assunto dallo studio delle secrezioni interne nel campo della patologia e della clinica. È organo ufficiale dell'« Association for the Study of the Internal Secretions ». Si pubblica in fascicoli trimestrali, a Glendale (California), per cura del segretario dell'Associazione.

Il primo fascicolo contiene due memorie originali, una rivista sintetica, alcuni articoli redattoriali ed una lunga serie di recensioni.

Alla coraggiosa intrapresa il nostro plauso.

Divieto di esportazione di medicinali dalla Francia.

Con decreto del 25 gennaio 1917 il Governo Francese ha vietato, a partire dal 27 gennaio, l'esportazione dalla Francia di frutta per distillazione, radici, erbe, foglie, fiori, corteccie, frutta, semi e licheni di carattere medico; sono concesse alcune eccezioni definite. (*Commerce Reports*, 31 genn. 1917).

Contro il salvarsan in Germania.

Sono noti i contrasti sollevati in Germania dall'uso del salvarsan; si vuole anzi che i gravi dispiaceri cagionati ad Ehrlich dalle reiterate e violenti accuse di aver cagionato molte morti mediante questo rimedio, abbiano affrettata la fine dell'illustre scienziato.

Un'eco di tali aspre polemiche ci è data da un'interpellanza presentata al Reichstag dal deputato progressista Sivkvic; essa rimette l'argomento all'ordine del giorno.

Dice l'interpellanza:

« È disposto il signor Cancelliere, data la grande importanza di un trattamento fortunato della sifilide: 1° a pubblicare le statistiche sui casi di morte e sui danni provocati dal salvarsan? 2° a stabilire la dose massima del salvarsan? 3° ad impedire un futuro trattamento forzato a base di salvarsan com'è avvenuto con militari e con donne? ».

Le perdite della famiglia medica in Germania.

La *Deutsche Mediz. Wochenschrift* del 14 dicembre 1916, registra le seguenti cifre: 395 medici caduti al fronte; 214 morti di malattia contratta durante il loro servizio fra le truppe; 221 gravemente feriti; 677 feriti, ma non gravemente; 200 prigionieri; 110 mancanti.

Questi dati si riferiscono alle liste ufficiali 1-700.

Incerti professionali.

Riceviamo notizia che l'ufficiale sanitario di Palermo, prof. Edoardo Carapelle, è stato sfregiato con un colpo di rasoio, a quanto sembra, per brutale spirito di vendetta.

Nell'esprimere il nostro rammarico ed il nostro augurio all'egregio igienista, vittima del proprio dovere, deploriamo vivamente questi inconsulti atti di barbarie, indegni di un popolo civile.

Pochi minuti dopo avere partecipato, con la calda parola, ad una cerimonia di patriottismo e di civismo, venne colto da morte improvvisa il prof. **GIOVANNI ARGENTO,** ordinario di patologia chirurgica dimostrativa e di propedeutica di clinica chirurgica nell'Università di Palermo.

Era nato in questa città l'11 giugno 1847.

Fu un operatore valente e sicuro e lascia una quarantina di pubblicazioni pregevoli nel campo chirurgico. Si è anche occupato con valentia di sanità pubblica, di assistenza sanitaria, d'igiene ospedaliera. Ha coperto molte cariche pubbliche.

Ebbe un animo d'oro.

Portarono un commosso saluto alla salma il prosindaco comm. Rizzo, il rettore prof. Columba, il prof. Giuffrè, il prof. Manfredi, il dott. Salpietra. Il comm. Tramonte ringraziò in nome della famiglia.

R. S. S.

Il 27 febbraio moriva a Parigi l'illustre neurologo **J. DEJERINE;** di lui e della sua opera scriveremo nel prossimo numero.

G. D.

Colpito, durante un combattimento in Valsugana, da una bombarda nemica, è morto il sottotenente medico dott. **BRUNO CERVELLINI,** a 23 anni.

Egli si trovava al fronte, in prima linea, sin dall'inizio della nostra guerra, col suo battaglione di alpini, ed ebbe occasione di impugnare di frequente il fucile, riuscendo ad acquistare simpatie ed ascendente sui colleghi ufficiali e sulla truppa.

G. I.

Il dott. **CARLO RANDO,** da Messina, capitano medico presso l'Ospedale militare principale di questa città, mentre visitava con due colleghi una sua cascina nei pressi di Castellazzi, precipitava da una terrazza in un sottostante burrone profondo una quindicina di metri. Trasportato subito all'Ospedale, vi è morto per lesioni interne, malgrado le più amorevoli cure.

Godeva di larghe simpatie pel suo carattere nobilissimo.

R. S. S.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *resp*.

Anno XXIV. Roma, 18 marzo 1917 Fasc. 12.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Nuovi reperti nel ciclo di sviluppo della « Spirochaeta pallida », e loro rapporto colla patogenesi della metalues.

Dott. ERNESTO CIARLA.

Nota preventiva.

Espongo sommariamente i risultati di lunghe indagini istopatologiche e microbiologiche, che ho eseguite per più di tre anni nel Laboratorio di Anatomia patologica della R. Clinica Psichiatrica di Roma, e per alcuni mesi in quello del Manicomio di Milano in Mombello, e che ho dovuto interrompere per prender parte ai servizi di guerra.

La loro particolareggiata esposizione sarà da me fatta in una prossima pubblicazione corredata di numerose microfotografie e disegni.

Partendo dal concetto che la nota forma della « Spirochaeta pallida » non rappresentasse tutto il ciclo di sviluppo della medesima, dopo numerosi tentativi riuscii a trovare un metodo (che descriverò nella prossima pubblicazione), il quale mi rivelò altri stadî di sviluppo del parassita.

Ho eseguito le ricerche sempre su tesssuti sifilitici umani, e propriamente: da un lato su feti sifilitici (cervello, fegato, milza); dall'altro lato su organi affetti dalla così detta metalues (centri nervosi di tabetici e paralitici progressivi).

I reperti microbiologici ottenuti differiscono nettamente nei due casi: mentre cioè negli organi « sifilitici » i parassiti assumono certe forme, negli organi « metasifilitici » ne assumono altre del tutto differenti; tra le une e le altre esiste però connessione.

Descrivo successivamente i due reperti.

1) Negli organi di numerosi feti sifilitici ho osservato forme spirochetiche in numero enorme, e ad aspetti svariati, fra le quali ho potuto stabilire dei rapporti di successione.

Esistono molte spirochete a spirale perfetta, cioè con spire fra loro uguali ed equidistanti, e formanti un sistema rigido. La rigidità della spirale è determinata dalla presenza (nella maggior parte dei casi) di una membranella che salda internamente tutte le spire. In altre parole questa membranella costituisce come un cilindro cavo (che chiamo « cilindro centrale »), (Fig. 1, 3, 4), sulla cui superficie esterna sono avvolte e saldate, con perfetta regolarità tutte le spire del parassita.

Le spirali in parola, oltre ad essere rigide e regolari, sono, rispetto alle spirochete osservate col metodo ad impregnazione argentica, più lunghe e più grosse (sia per maggiore ampiezza di spira che per maggiore spessore delle singole spire). Per tale notevolezza di dimensioni, le chiamo «macrospirochaete». (Figura 1 e 2).



Fig. 1. — Macrospirocheta con spire terminali ampie, e con cilindro centrale.
Disegno - Micr. Seitz, imm. 1/12, oc. comp. 18.

Quasi tutte le macrospirochete presentano, ad una o ad entrambe le estremità, delle particolari «formazioni terminali», che alle volte sono semplicemente spire più ampie delle altre («spire terminali»), altre volte sono spire ampie e chiuse ad anello («anelli terminali»), altre volte ancora sono anelli lungo la cui superficie interna esistono numerosi granuli, sessili o peduncolati, in modo da formare come delle efflorescenze («efflorescenze terminali»).

Il cilindro centrale si continua anche alla superficie interna delle formazioni terminali, ed allora il cilindro diviene un «imbuto centrale» (se l'ampliamento esiste ad un solo estremo della macrospirocheta) o una «clessidra centrale» (se l'ampliamento esiste ai due estremi della macrospirocheta).

I cilindri centrali, come gl'imbuti e le clessidre, si possono osservare anche isolati, cioè spogliati dagli archi di spira che erano loro sovrapposti, e che possono essere rimasti solo qua e là aderenti.

Oltre alle macrospirochete con le relative formazioni terminali, si osservano nei campi microscopici altre forme. La spirale che si avvolge attorno al cilindro centrale si distacca da questo, svolgendosi talvolta come un nastro ininterrotto, ma per lo più fratturandosi in più punti, di guisa che ne risultano pezzi di spira costituiti da una o più spire o da un semplice arco spirale.

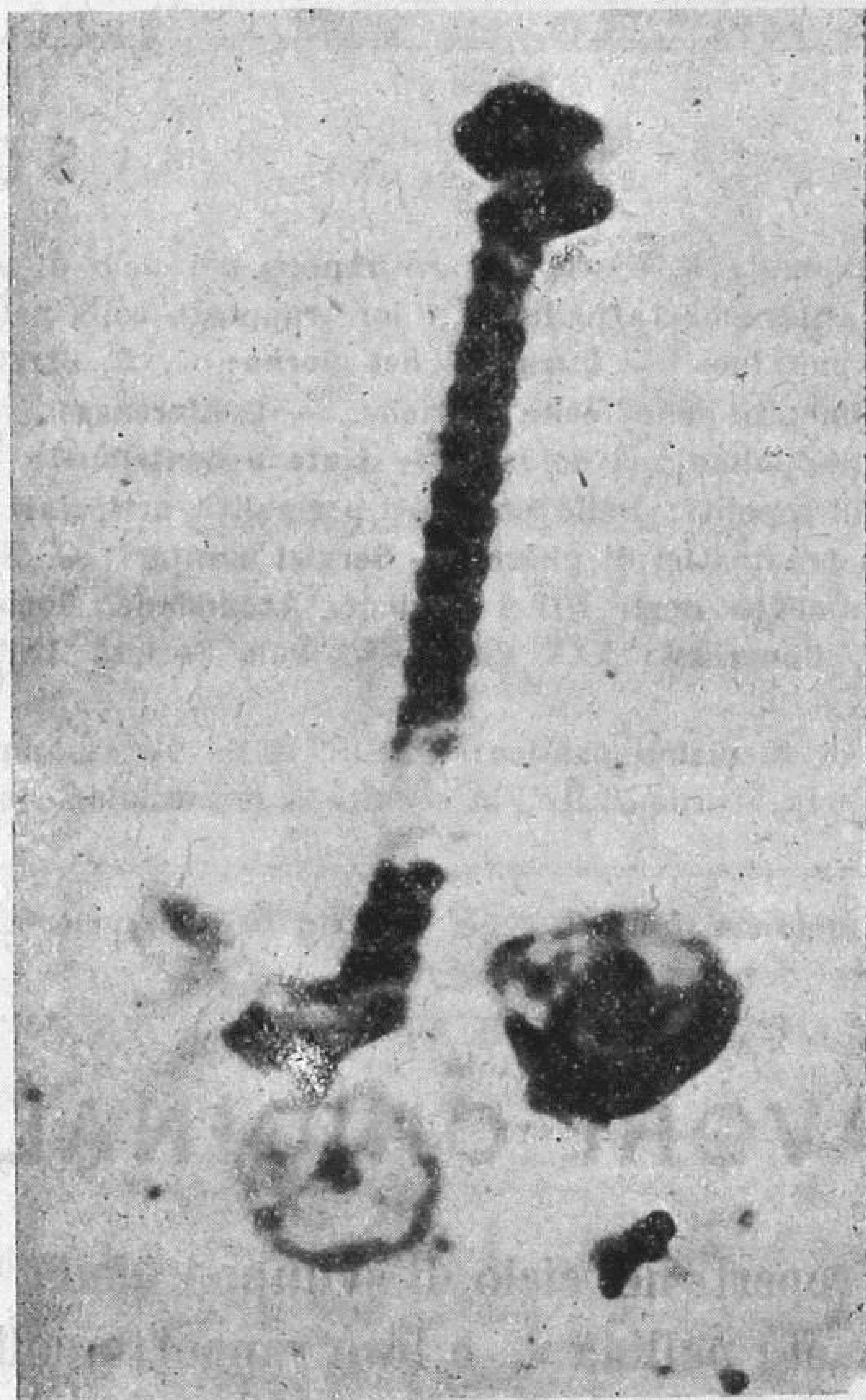


Fig. 2. — Macrospirocheta con efflorescenze terminali contenenti granuli.
Microfotografia - Micr. Seitz, imm. 1/12, oc. comp. 12.

Si osservano inoltre numerose efflorescenze terminali (con o senza granuli) staccate dal fusto delle macrospirochete, e granuli liberi. (Fig. 5).

Da alcuni granuli, sia ancora inclusi in efflorescenze terminali, sia liberi, partono delle forme spirali corte, risultanti talvolta soltanto di una o due spire, e in cui le singole spire sono sottili e poco ampie. (Fig. 4 e 6).

Dai fatti che ho in breve descritti io deduco che col metodo da me adoperato si mettono in evidenza delle forme spirochetiche differenti da quelle osservabili coll'impregnazione argentica, e rappresentanti altri stadî di sviluppo. E propriamente, a mio avviso, la macrospirocheta rappresenta la forma di maturazione del parassita, cioè prossima alla riproduzione. Questa si effettua mediante la formazione delle ef-

florescenze terminali, portatrici di granuli, i quali sono capaci di germogliare dando origine alle giovani spirochete (« granuli germinali »). Quando le giovani spirochete si accrescono e diventano adulte, non sarebbero più dimostrabili col metodo da me adoperato, ma bensì coll'impregnazione argentica, e ciò probabilmente perchè si modifica la loro costituzione chimica. Le forme adulte, avvicinandosi alla riproduzione, cioè divenendo mature, acquisterebbero una particolare sostanza che le farebbe mettere in evidenza col metodo da me adoperato, e che si conserverebbe fino allo sviluppo delle forme giovani.

Nelle serie delle forme descritte, alcune indicano un processo progressivo (macrospirochete, efflorescenze terminali, granuli germinali, giovani spirochete), altre un processo regressivo (pezzi di spirale; cilindri, imbuti e clessidre centrali; residui di efflorescenze).

Un'altra deduzione che si può ricavare dai fatti descritti, riguarda la posizione sistematica della « Spirocheta pallida »: in base sopratutto ai due fatti che essa si riproduce per mezzo di granuli germinali, e non presenta in tutto il suo ciclo formazioni a carattere nucleare, si può affermare che la « Spirocheta pallida » appartiene ai protofiti (spirilli).



Fig. 3. — Cilindro centrale spogliato delle spire, e portante due efflorescenze terminali con granuli.
Disegno - Micr. Seitz. imm. 1/12, oc. comp. 18.



Fig. 4. — Cilindro centrale con due efflorescenze terminali contenenti granuli; da una di esse parte una giovane spirocheta.
Disegno - Micr. Seitz, imm. 1/12, oc. comp. 18.

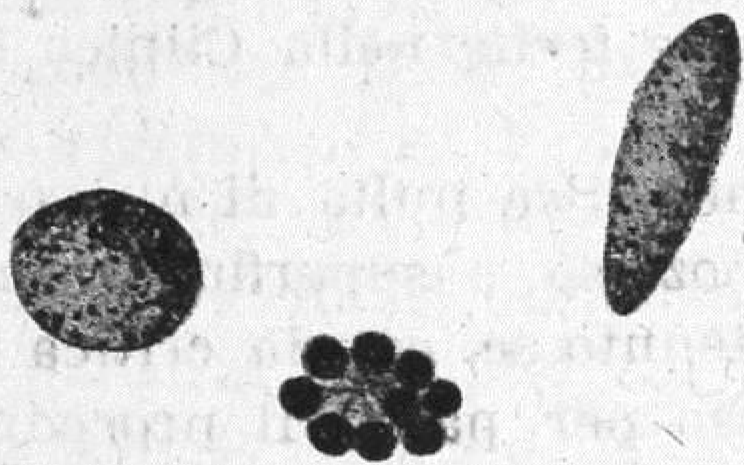


Fig. 5. — Efflorescenza terminale distaccata. Accanto due nuclei cellulari.
Disegno - Micr. Seitz, imm. 1/12, oc. comp. 18.

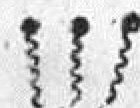


Fig. 6. — Tre giovani spirochete originantesi ciascuna da un granulo.
Disegno - Micr. Seitz, imm. 1/12, oc. comp. 18.

Prima di passare alla seconda serie di reperti, debbo dire che negli organi dei feti sifilitici ho riscontrato qualche rarissimo esemplare di forme del tutto diverse da quelle descritte, cioè delle forme a « rosetta » situate ad una estremità di una spirocheta in regressione. (Fig. 7).



Fig. 7. — Forma a rosetta situata all'estremo di una forma a spirale.
Disegno - Micr. Seitz, imm. 1/12, oc. comp. 18.
(Da un cervello di feto sifilitico).

2) Nei gangli spinali di un tabetico ho osservato (sempre collo stesso metodo) la presenza, tra le cellule e tra le fibre nervose, di molte forme a « rosetta » (Fig. 8 e 9), risultanti di un numero variabile di « petali » (in genere da 4 ad 8), di forma piramidale o rotondeggiante, senza traccia di formazione nucleare nè di altra particolare struttura. Tali rosette variano molto di dimensioni, da 2 a 40 e più micron di diametro. Nelle forme grandi i petali diventano rotondeggianti, ed ognuno di essi si segmenta nuovamente a rosetta; si formano allora delle « rosette composte ».

Queste forme non permetterebbero, per sè sole, di essere considerate come parassiti; ma il fatto che forme simili (benchè in numero scarsissimo) si mettono in evidenza, collo stesso metodo, in organi sifilitici, ed ivi appaiono in connessione con residui spirochetici, m'induce ad ammettere che le rosette siano altri stadî di sviluppo della « Spirocheta pallida ». Contro l'obbiezione che possa trattarsi di formazioni artificiali inerenti al metodo, adduco il fatto che le rosette non furono da me riscontrate in altri preparati eseguiti collo stesso metodo, e, nello stesso caso di tabe, non al di fuori dei gangli spinali (radici, midollo, cervello), mentre i prodotti artificiali di tecnica si diffondono senza regola nel preparato.

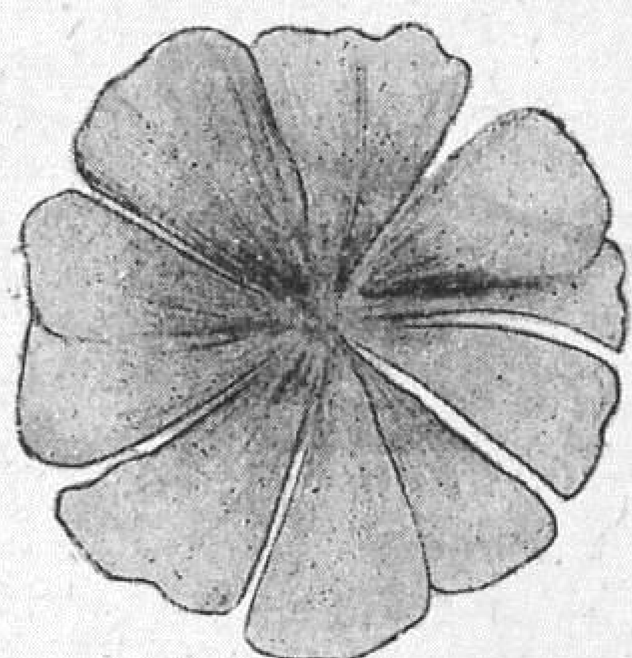


Fig. 8. — Forma a rosetta, da un ganglio spinale di tabetico.
Disegno - Micr. Seitz, imm. 1/12, oc. comp. 18.

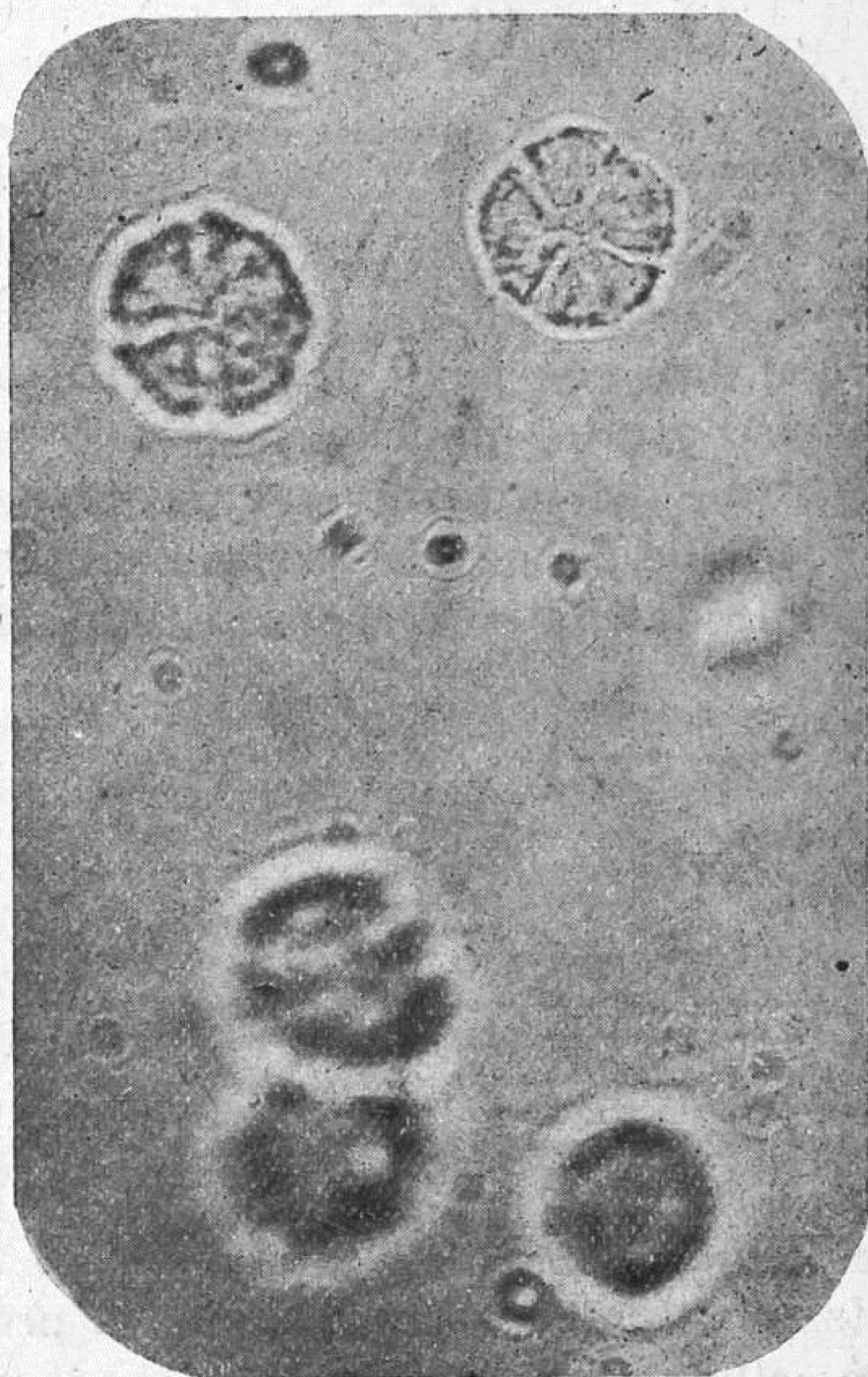


Fig. 9. — Forme a rosetta, da un ganglio spinale di tabetico.
Microfotografia - Micr. Seitz, imm. 1/12, oc. comp. 12.

Debbo però soggiungere che non mi è riuscito confermare il detto reperto in altri casi di tabe e di paralisi progressiva, senza di che non è possibile una conclusione definitiva.

Tuttavia, in base ai fatti osservati io esprimo l'opinione che, mentre nei tessuti sifilitici la « Spirocheta pallida » segue il ciclo di sviluppo descritto nella prima serie di reperti, in particolari condizioni (forse sfavorevoli allo sviluppo del parassita), invece di prodursi da una spirocheta l'efflorescenza terminale con granuli, si producano delle « spore » che appaiono fin da principio disposte a rosetta. Queste spore, più resistenti dei granuli, non germogliano, ma sono capaci di accrescersi e riprodursi per scissione in forma di rosetta (« schizospore »). Esse avrebbero una costituzione ed un ricambio più o meno diverso dalle forme spirali, e quindi diversa sarebbe l'azione tossica sui tessuti, e la forma di reazione dei medesimi. Così si spiegherebbe, a mio avviso, la patogenesi della metalues, concetto che dovrebbe quindi essere mantenuto. La presenza nella paralisi progressiva di spirochete (invero poco abbondanti) non contradice il mio concetto, anzi lo conferma, poichè è noto come le lesioni istologiche metaluetiche siano spesso commiste a quelle luetiche.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Bologna
diretto dal Prof. Comm. GIUSEPPE RUGGI.

Sul trattamento delle ferite settiche.
(Risposta al dott. Luigi Silvestrini)

Dott. G. B. STRETTI, Assistente.

Il dott. Luigi Silvestrini, chirurgo Direttore dell'Ospedale militare e civile di Mirandola e libero docente di patologia chirurgica, in un articolo *Sul trattamento delle ferite settiche* comparso nel fascicolo 3° del *Policlinico*, Sezione pratica, del 14 gennaio 1917, fa un minuto esame del metodo usato dal prof. Ruggi per la cura di dette ferite nella Clinica chirurgica di Bologna.

L'articolo non dice nulla di nuovo ed in verità sarebbe ozioso e superfluo prenderne in esame il contenuto se, con la critica ch'egli fa, battendo passo per passo il procedimento da noi usato, non arrivasse a questa sconfortante conclusione, e cioè che nella cura dei feriti settici il mio Maestro procede *nella maniera la più imperfetta ed oserebbe dire nociva all'organismo ed al processo locale di difesa e di riparazione.*

Ho detto conclusione sconfortante, e non a caso, qualora si pensi che nelle nostre sale ospitaliere vengono raccolti spessissimo dagli altri ospedali i feriti più gravi e che esse sono frequentate dai giovani studenti che devono essere addestrati, specialmente in questo momento eccezionale della chirurgia, nell'arte difficile del medicare, collo scopo preciso di salvaguardare per quanto è possibile i feriti da infezioni chirurgiche mortali e di fare della chirurgia conservativa, rendendo il minor numero possibile di mutilati e con gravi deturpazioni fisiche e funzionali.

E ho detto che sarebbe ozioso e superfluo seguire nella critica il dott. Silvestrini se non ci sorreggesse il desiderio — rispondendo — di eliminare errori d'interpretazione e quindi di apprezzamento, tanto da parte sua, quanto eventualmente da parte di altri che hanno letto la conferenza del Ruggi e l'articolo del Silvestrini.

D'accordo col Ruggi sul principio fondamentale dal quale questi muove, vale a dire che l'organismo guarisce dalle ferite in base ai suoi poteri naturali di difesa cellulari ed umorali e che nel trattamento delle ferite settiche si debba rispettare e favorire, per quanto è possibile, il complesso lavorio biologico che si svolge nei tessuti, il dott. Silvestrini trova che, all'atto pratico, il metodo è in contraddizione col principio teorico. E cioè egli afferma che, col nostro procedimento, innanzi tutto i secreti della ferita non hanno quello scolo continuo e completo che dovrebbero avere; che la medicatura assorbente e i drenaggi, applicati «sia pure dopo di aver convenientemente sbrigliato», mantenuti in sito per un certo tempo falliscono al loro scopo; che la medicatura rara favorisce l'emorragia e facilita l'abbandono nei tessuti per un tempo troppo lungo dei corpi estranei e dei materiali eterogenei; che le elevazioni termiche consecutive al rinnovamento completo della medicatura sono indice «quasi sempre di medicature malfatte od affrettate»; che la immobilizzazione della parte con apparecchi, anche quando non siano state interessate le ossa, è da rigettarsi per i possibili danni alla funzione dell'arto; infine, e per non tener conto per ora di altre critiche pur di non minor importanza, quasi alla fine del suo articolo il Silvestrini, a dimostrazione delle conseguenze ultime alle quali conduce un trattamento delle ferite settiche così improprio come il nostro, abbozza un quadro sulle condizioni igieniche e morali, sia personali — rispetto ai degenti — sia dell'ambiente, concludendo col dire che esse *non sono certo le più adatte per un luogo di cura e anche di conforto quale deve essere un ospedale moderno.*

Io non so se il dott. Silvestrini abbia frequentato mai le sale del nostro Istituto chirurgico, o le abbia visitate in questo periodo in cui esso funziona come ospedale militare di riserva. Ne dubito e molto.

Nell'occasione del prossimo Congresso della Società Italiana di Chirurgia, o in qualunque altro momento, una visita ai nostri reparti potrà far mutare le sue idee in proposito, ed egli nello stesso tempo potrà controllare l'opera nostra e i nostri risultati.

Ed ora veniamo alla sostanza propria dello scritto del Silvestrini, la quale in ultima analisi si riduce a una questione di tecnica.

Ma la questione del trattamento delle ferite settiche, e si può dire senz'altro delle ferite di guerra suppuranti quali ordinariamente arrivano negli ospedali territoriali, non sta tutta nella medicatura.

Le medicature, in qualunque modo esse siano fatte, asciutte, con impacchi, con soluzioni disinfettanti, ecc., non costituiscono *tutta* la terapia delle ferite di questo genere; esse non formano che una parte dell'opera del chirurgo e non la più importante.

Tutti sono d'accordo nel dire e nello scrivere che in ogni ferita in cui si noti uno scolo di pus abbondante, con recessi ed insaccamenti dove il materiale ristagna, determinando infiltrazioni flemmonose e febbre più o meno elevata, si deve intervenire sbrigliando per sopprimere ogni cavità chiusa o che si svuota malamente. Il precetto è antico ed è divenuto ormai banale, e sarebbe ozioso insistervi ancora se esso fosse veramente e in ogni caso con arte applicato. Troppo spesso invece ci si accontenta di uno sbrigliamento troppo superficiale e troppo timido, e si pone un drenaggio tubolare attraverso una ristretta finestra aponeurotica e magari in senso contrario alla gravità, fidando di poter condurre all'esterno con esso i prodotti del maciullamento dei tessuti e i materiali eterogenei, aiutati in questo scopo da irrigazioni di soluzioni antisettiche: acqua ossigenata, ipoclorito di soda, acido fenico, sublimato, ecc.

Aprire il focolaio purulento con lunghe incisioni cutanee nella direzione dei recessi e nelle zone più facili allo scolo del pus raccolto in una loggia aponeurotica, incidere ampiamente l'aponeurosi in modo da avere sotto gli occhi tutto il focolaio suppurante, evitando i vasi e i nervi importanti, cavare i proiettili, le schegge ossee liberi o aderenti ad esili lacerti muscolari, i

brandelli di vesti e altri materiali eterogenei, pulire le pareti della ferita con garza sterile, asportando lembi ciondolanti di tessuto in via di disfacimento, controllare lo stato dei nervi e dei vasi, qualora questi siano nelle vicinanze della ferita, stabilire adatte controaperture, fare l'emostasi, ecc., ecc., questa è la prima vera e grande revisione della ferita che deve fare il chirurgo, in ciò assistito da tutti quei mezzi d'indagine ch'egli può avere a propria disposizione. Solo agendo in questo modo si sopprimono tutte le condizioni anatomiche che realizzano le cavità chiuse o insufficientemente aperte, e si mette subito il ferito nelle condizioni di poter lottare con vantaggio contro l'infezione.

Mi sembra che non ci sia bisogno di insistere di più su questa condotta che è la parte essenziale, la base vera di tutto l'ulteriore procedimento del chirurgo.

« Certo non nascondo — dice il Ruggi — le difficoltà che si possono presentare; è questione talvolta di fine ragionamento, legato sovente a cognizioni esatte di anatomia ».

Ma è pur vero ed innegabile che una di tali ferite diventerà quella che l'azione del chirurgo l'avrà fatta; e cioè facile e pronta a guarire se questi si sarà regolato in modo adatto e completo; difficile e soggetta a tutte le più svariate complicazioni, con maggiore o minore danno dell'intero organismo, se l'azione sarà stata insufficiente, e inadatta alle condizioni anatomiche della ferita o della regione in cui questa si trova.

Ognuno sa che le ferite settiche delle articolazioni labirintiche e delle grandi articolazioni — quella del ginocchio sopratutto — che arrivano negli ospedali territoriali dopo 5, 10, 15 e più giorni, sono le più gravi che noi osserviamo per le complicazioni flemmonose, ascessuali, ecc., che hanno già invaso o stanno per invadere non solo i recessi della sinoviale, ma spesso tutto un segmento dell'arto o l'arto intero.

Ebbene, si può dire che la cura di questa specie di ferite sia come la pietra angolare dell'opera del chirurgo e della sua abilità tecnica per la conservazione, spesso ad oltranza, di un arto, tenendo conto, s'intende, sopratutto delle condizioni generali del soggetto.

Saper drenare in modo conveniente ed efficace queste artriti, evitando lesioni di vasi e di nervi importantissimi, oppure aprire ampiamente l'articolazione, asportare i corpi estranei, regolarizzare le lesioni ossee se ne esistono, ecc., seguire col tagliente le raccolte periarticolari, saper ricercare nei punti di elezione quelle che si formano a distanza per drenarle o inciderle preventivamente nel loro stadio di formazione, ecc.: non è sempre cosa facile, ma bisogna pur tuttavia convenire che quanto più completa sarà stata l'azione del chirurgo in questo momento, tanto più se ne avantaggieranno e le condizioni della ferita e quelle generali del paziente.

Si potrà constatare poi che tanto nelle lesioni purulente delle sole parti molli, quanto in quelle delle articolazioni o iuxta-articolari, il numero dei drenaggi, specialmente tubolari, diminuisce a misura che ogni raccolta sia stata ampiamente aperta e svuotata. Poche falde di garza sterile asciutta messe verticalmente tra le labbra della ferita, circondate da altre poste a piatto e che ricoprano i margini cutanei, bastano il più delle volte ad assicurare un buon drenaggio, che sarà reso completo dagli strati di garza e di cotone idrofilo sterile coi quali si termina la medicatura. Questa non va circondata da uno strato di guttaperca laminata, come scrive il Silvestrini. L'uso di un mantello impermeabile siffatto vuol dire ostacolare fino a rendere vana l'azione assorbente della medicatura, e determinare precisamente le condizioni dell'impacco: ciò non è nostro intendimento.

La medicatura deve avere lo scopo unico di assorbire gli essudati, e, in rapporto a questo suo speciale ed importante ufficio, se la natura e le condizioni della ferita lo permettessero sempre, essa, idealmente, dovrebbe essere unica. Questa semplicità nell'arte del medicare è stata messa in pratica e dimostrata sopratutti dal Ruggi nelle resezioni del ginocchio per tumor bianco. In questi casi dopo l'atto operatorio, col quale viene portato via tutto ciò che si trova interessato dal processo morboso, chiusa completamente con punti in catgut l'ampia incisione a ferro di cavallo, e posto, nella parte più bassa e quindi posteriore di ciascuna faccia laterale del ginocchio un drenaggio a sigaretta che peschi in un abbondante strato di medicatura assorbente sterile, asciutta, si immobilizza tutto l'arto con un apparecchio gessato. Dopo 40 giorni, tempo necessario perchè avvenga la saldatura delle ossa, l'apparecchio viene tolto e si trova la ferita completamente guarita di prima intenzione. Si estraggono i drenaggi, attraverso i quali in questo tempo si è potuto fare lo scolo di tutto il materiale secreto dalla superficie cruentata e che sarà stato assorbito dalle garze e dal cotone, si medica a piatto e si rimette l'arto in un leggero apparecchio ges-

sato, dove si lascia per lo più fino a guarigione definitiva.

Abbiamo ormai una statistica di molte decine di simili casi, di cui l'uno è lo specchio fedele dell'altro.

Certo che nelle ferite settiche comuni e specialmente nelle ferite di guerra che in genere giungono negli ospedali territoriali in un periodo troppo lontano dal momento traumatico, non si può procedere in modo identico a questo. Troppo grande è il divario: tuttavia noi riteniamo che la nostra azione debba seguire lo stesso concetto fondamentale.

Perciò, quando un ferito giunge a noi, la prima nostra preoccupazione deve essere di accertare se egli presenta condizioni tali da richiedere la medicatura immediata. Le note cliniche di accompagno, o in mancanza di queste l'interrogazione del ferito, le condizioni generali, quelle del polso, la temperatura, i fenomeni subiettivi, e lo stato della medicatura ci forniranno dati più che sufficienti.

Indi si passa o no ad una revisione della ferita che sarà più o meno completa a seconda del caso e regolata nel modo anzidetto. A questo proposito però bisogna avvertire che gli sbrigliamenti devono essere fatti con intendimenti razionali e non sarà permesso, ad esempio, di incidere trasversalmente un grosso strato muscolare della coscia o del polpaccio per una ferita a setone suppurante, semplice, trasversale od obliqua.

Ma in questi casi, come negli altri di ferite delle parti molli con o senza interessamento delle ossa e nei quali il chirurgo sia intervenuto attivamente, è precetto fondamentale di ottenere nel modo più adatto la immobilità della parte. Si capisce come l'immobilità debba essere sempre in relazione con l'entità e la natura della ferita, ed i fatti clinici di tutti i giorni stanno lì a dimostrare che quanto più la regione che è sede della ferita è tenuta immobile, tanto più presto e più facilmente questa guarisce. Basta talvolta la semplice influenza delle contrazioni muscolari perchè una infezione leggera e latente, suscettibile di essere vinta in poco tempo dalle forze naturali dell'organismo se la parte sarà immobilizzata, si propaghi e si esalti e determini talvolta delle brusche elevazioni di temperatura per un vero meccanismo di autoinoculazione.

Io credo che sarà occorso più di una volta al dott. Silvestrini di ricevere nell'ospedale, al momento degli sgomberi, dei feriti delle sole parti molli, specie degli arti, medicati senza alcun apparecchio contentivo, con febbre talvolta assai elevata, mentre dalla cartella clinica e dalla testimonianza del ferito stesso, risultava che questi era già da parecchi giorni apiretico.

Di più avrà osservato ancora che, mentre dalle note cliniche risultava che la ferita era in ottime condizioni, bene granuleggiante, con scarsa secrezione di pus, al momento in cui egli passava alla revisione di questa la medicatura era intrisa da una grande quantità di essudato talvolta misto a sangue e che era magari necessario un nuovo sbrigliamento.

Non sempre si può imputare al collega di essere stato avaro nel prolungare un taglio sopra un recesso; più facilmente invece, o per la fretta o per la ressa si può essere meno attenti e meno previdenti.

Il principio dunque dell'immobilizzazione è una condizione essenziale per la sterilizzazione naturale di una ferita, e l'immobilità deve essere iniziata al più presto possibile, mantenuta a lungo, e, in certi casi speciali, anche a cicatrizzazione avvenuta.

Capita, infatti, talvolta di osservare persone completamente guarite di una ferita profonda delle parti molli — per esempio della coscia — e che hanno incominciato a far uso dell'arto, andar soggette a elevazioni termiche quotidiane, le quali non scompaiono che col riposo prolungato dell'arto stesso.

S'intende che bisogna sempre saper differenziare e non eccedere in ogni caso, perchè le esagerazioni tornano sempre a danno della buona causa.

Ed è ancora una sorveglianza *senza esagerazioni* del movimento difensivo e riparatore che si viene a poco a poco a stabilire in seno alla ferita, che il prof. Ruggi raccomanda.

Posto a base del trattamento delle ferite settiche il principio che la guarigione avviene per i poteri di difesa naturali cellulari ed umorali e che il ferito ha bisogno, come il malato di malattia acuta, di riposo, ne viene di conseguenza il corollario che anche il focolaio settico debba essere disturbato il meno possibile.

Onde le tre condizioni essenziali stabilite dal prof. Ruggi come criterio del rinnovamento totale della medicatura e cioè elevazione termica, dolore, emorragia.

Se riandiamo un istante con la mente al decorso anatomico delle ferite, vediamo subito come questo modo di procedere sia completamente logico e come i suoi vantaggi si esplichino appunto nella fase più grave della ferita, vale a dire quando l'organismo ha intrapreso e svolge la sua difesa contro l'infezione e contro l'avvelenamento proveniente dalla ferita stessa.

Questa difesa è quasi esclusivamente locale, e perchè si costituisca in maniera valida e re-

sistente ha bisogno di un certo periodo di tempo.

È quindi naturale che il minuto ed importante lavorio che avviene in seno alla ferita e nei dintorni di essa debba essere lasciato svolgere e sorvegliato nella massima quiete possibile.

Quindi, il primo indice che nel focolaio settico trattato nel modo anzidetto le cose non decorrono in modo normale, è indubbiamente un rialzo termico, o per vero e proprio ristagno, o, in mancanza di questo, per formazione di nuove infiltrazioni. Allora la medicatura totale s'impone. Ma l'aver lasciato fino a questo momento la ferita nella massima quiete, vuol dire aver lasciato in questo periodo importante il maggior tempo possibile alla costituzione di quella difesa, che è utile e alla ferita tutta e all'intero organismo. Accorrere a questo indizio di perturbamento, vuol dire mettere, in certo qual modo, un riparo in un punto dove la difesa o è stata vinta perchè ancora labile, e non s'è ancora formata in modo sufficiente e valido.

Certo che questo modo di regolarsi non appare preventivo del sintomo febbre; esso invece ha lo scopo precipuo di evitare quella dipendente dalle manipolazioni che la medicatura stessa esige. E, insistendo su questo punto, noi ci vogliamo riferire principalmente a quelle ferite più ampie, più gravi spesso complicate con fratture ossee. Perchè bisogna ricordarsi che in questi casi, checchè ne dica il Silvestrini, pur prendendo tutte le precauzioni possibili e facendo attenzione a non commettere errori di tecnica, si ha sempre un rialzo termico al disopra di quello per il quale si è dovuto medicare. Ma dopo alcune ore o all'indomani o talvolta più tardi la febbre cede e scompare e non per un giorno solo, ma per 2, 3 o anche più giorni. Fatto che abbiamo verificato succedere assai meno di frequente, qualora queste ferite gravi siano medicate quotidianamente.

Ebbene, perchè non approfittare di questo periodo di apiressia, in cui il malato non ha dolore o altri fenomeni, per lasciare che in seno alla ferita si svolgano, con la maggiore rapidità, quei processi di difesa e di riparazione che dovranno condurre alla guarigione?

E che importa se per qualche giorno la fasciatura rimane intrisa di essudato, quando il ferito è apiretico, non ha dolore, ha appetito buono, è di umore lieto? Un po' di cotone e qualche giro di fascia rimedia, diciamo così, alla bruttura.

Forse che il leggero strato di essudato che bagna la superficie di una ferita profonda che sta coprendosi di granulazioni è nocivo a un più abbondante sviluppo di queste, o le arresta, o le distrugge? No. In ogni ferita infetta gli elementi mobili leucocitari e quelli fissi, che formano la trama delle vegetazioni sono sospesi e sono a contatto della secrezione purulenta che è varia nella sua costituzione ed è rappresentato da una parte liquida: siero contenente sali, peptoni, tossine, ecc., e da una parte solida: germi, leucociti in via di degenerazione più o meno avanzata. Questa secrezione inoltre è varia per ciascuna ferita ed è varia ancora nei diversi momenti della evoluzione di questa. Essa dunque rappresenta un liquido di medicatura umida, naturale, che non può essere sostituito e che non può essere dannoso e di cui l'eccesso viene assorbito dalle garze e dal cotone. È stato dimostrato infatti che il pus di una piaga a decorso normale è un cattivo mezzo di cultura per il doppio ufficio, fagocitario per gli elementi microbici e digestivo per le albumine modificate, dei polinucleati neutrofili. Per azione di questi elementi adunque la piaga si deterge e si disinfetta, arrivando in ultimo ad uno stato di aerobiosi indifferente, che la medicatura non rimutata troppo di frequente renderà anche più innocuo o meno numeroso per l'ostacolato afflusso dell'ossigeno nell'aria. Non solo; ma è stato anche dimostrato sperimentalmente che la secrezione stessa stimola le granulazioni, fatto che quotidianamente noi osserviamo, specie nelle piaghe profonde. Perchè dunque togliere ogni giorno, o anche più spesso come vorrebbero certuni, questo liquido che, non solo non porta danno ma, al contrario, quando ha assunto i caratteri del *pus bonum et laudabile* è così benefico?

Non è dunque la frequenza della medicatura ridotta al puro necessario, per quanto riguarda la febbre tanto nel periodo più grave di detersione quanto in quello finale di riparazione, un criterio logico che torna a vantaggio del ferito, del chirurgo e della quantità del materiale impiegato?

Di fronte ad una ferita settica è lodevole il concetto, posto e seguito da alcuni, di venire in aiuto delle difese naturali dell'organismo con speciali sostanze — sieroterapia — o con speciali trattamenti che avrebbero lo scopo di agevolare l'organismo a sbarazzarsi degli agenti infettanti. Simili tentativi, iniziati nella guerra presente nelle ambulanze e ospedali della fronte anglo-francese sono ancora allo studio e si possono adottare soltanto a ferite da poco inferte.

Il Silvestrini solleva la questione dei drenaggi, i quali, quando siano mantenuti oltre un

determinato tempo, non solo non servono più allo scopo, ma costituiscono altrettanti corpi estranei che ostacolano la riparazione dei tessuti.

Su questo punto siamo d'accordo pienamente; ma è anche vero che dipende dall'abilità del chirurgo il saper stabilire il momento opportuno in cui un drenaggio deve essere soppresso.

In generale si fa un uso troppo largo del drenaggio specialmente tubolare e ciò dipende per lo più, come ho detto poc'anzi, da un insufficiente sbrigliamento. È sempre questione di tecnica e di occhio clinico.

A questo proposito ricorderò il caso seguente che può riescire assai istruttivo. Si tratta di un capitano di fanteria che nei primi dell'agosto scorso, fu ferito da scheggia di granata nella regione poplitea destra. La scheggia venne estratta attraverso una sbrigliatura delle parti molli dopo 4 giorni, e il decorso fu complicato da un'artrite purulenta del ginocchio, con formazione di ascessi multipli periarticolari, per cui fu praticata l'artrotomia e l'incisione delle sacche. I focolai purulenti furono tutti drenati con tubi di gomma. La febbre era alta ed il ferito veniva medicato ogni 2-3 giorni, rimovendo ad ogni volta l'arto, che era mantenuto in una doccia di filo metallico; quindi ad ogni medicatura dolori fortissimi e *poussées* di febbre. Per questo stato di cose, era sopravvenuto un deperimento organico così accentuato con formazione di larghi decubiti lombo-sacrali che, combinati con lo stato di suppurazione continua della regione del ginocchio e poplitea, avevano indotto i medici curanti a richiedere la visita del consulente per l'assenso alla demolizione dell'arto, cui era propenso pure il fratello dello stesso ferito, medico anch'egli e chiamato al letto dell'infermo per le sue gravi condizioni.

Il prof. Ruggi, procedendo alla visita, al principio del novembre scorso, trovò che, attraverso le incisioni del ginocchio e del poplite, erano stati posti 13 drenaggi; un quattordicesimo si internava per un tratto di parecchi centimetri, attraverso una stretta apertura, sotto un largo scollamento della piaga da decubito dorso-lombare. Le piaghe erano tutte abbondantemente suppuranti; le condizioni dell'arto cattive, ma non disperate; le condizioni generali ancora discrete per un tentativo di conservazione ad oltranza. Il prof. Ruggi cavò tutti i drenaggi, spazzolò bene con garza sterile bagnata di alcool tutte le ferite e i contorni di esse, avvolse il ginocchio con medicatura sterile posta a piatto, infine immobilizzò l'arto con un apparecchio gessato, consigliando di medicare il più tardi possibile e solo quando ci fosse stata una elevazione termica di qualche entità. Trattandosi di un ufficiale, i medici pregarono il consulente di prendere sotto la sua diretta sorveglianza il ferito, cosa ch'egli fece di buon grado, e questi fu trasferito alla Clinica chirurgica. In breve: la febbre cessò subito, le condizioni generali migliorarono, l'appetito scomparso da molte settimane ritornò insaziabile, e la prima medicatura venne eseguita 18 giorni dopo l'ingessatura fatta! In questo momento si trovò il ginocchio quasi completamente fisso in anchilosi retta, qualcuna delle piaghe già chiuse, altre in via di totale riparazione. In tal modo l'arto fu conservato.

Il prof. Ruggi potrebbe citare non pochi di simili esempi a lui occorsi nelle sue visite di consulenza nei varii ospedali territoriali appartenenti al V° Corpo d'Armata.

E per ciò che riguarda i drenaggi, mi pare che basti.

Rispetto all'emorragie consecutive alle ferite di guerra suppuranti, ad evitare le quali il Silvestrini propone revisioni più frequenti della ferita, bisogna dire che è proprio questa pratica che agevola la rottura completa del vaso e il distacco del trombo che la chiude, e che nella nostra clinica non abbiamo mai avuto a lamentare simili inconvenienti. Anzi abbiamo dovuto curare individui con emorragie recidivanti, nei quali però non eravi rottura di vasi importanti, e che guarirono in seguito all'applicazione di apparecchi immobilizzanti e a rare medicature.

Infine riesce inesplicabile al nostro contraditttore la diversità di trattamento tra le piaghe profonde e le superficiali e la giustificazione che se ne adduce.

Il diverso trattamento che queste ultime richiedono, non sta nella preoccupazione della azione irritativa che può esercitare il secreto purulento sulla pelle dei contorni della ferita, azione che il Silvestrini esagera fino a farla apparire come una macerazione dei tessuti e una nuova porta d'ingresso dell'infezione presente, ma nel fatto che nelle piaghe superficiali bisogna favorire più che è possibile, il processo di epidermizzazione. Questo scopo si raggiunge tenendo depresse le granulazioni esuberanti col cauterizzarle di frequente col nitrato d'argento, che eccita inoltre l'attività neoformativa dello strato mucoso malpighiano, o esponendo le piaghe al sole, e a correnti di aria calda, ecc., e avvertendo di coprire la piaga con garza intrisa di vasellina gialla, perchè il tessuto non aderisca ai margini e li rompa nel rinnovamento della medicazione.

Il prof Ruggi non nega che questo metodo sia difficile, specialmente per chi è da poco iniziato alla chirurgia e per chi di chirurgia non si è mai interessato. Ma questo indirizzo, razionale e nello stesso tempo semplice ed economico per ciò che riguarda la quantità del materiale impiegato e il tempo che le medicature richiedono e da lui e dai suoi allievi seguìto ormai da tanti anni, gli ha dato e gli dà viva soddisfazione, specialmente in fatto di chirurgia conservativa. Certo — come dicevo da principio — quando il chirurgo ha obbedito a quelle indicazioni generali della chirurgia settica: apertura degli ascessi e dei seni fistolosi, estrazione dei corpi estranei, dei sequestri ossei, spazzatura accurata delle pareti della ferita, ecc., la medicatura successiva acquista un valore, diciamo così, di secondaria importanza. Ma mi preme di far rilevare che il procedimento del prof. Ruggi, di fronte ad altri consigliati, ha il vantaggio di essere applicabile a qualunque ferita, in qualunque regione del corpo essa sia situata. Esso è quindi generale, e, regolato nel modo da lui indicato, traccia al chirurgo una condotta in ogni caso sicura e precisa. Esso non è nocivo ai pazienti e non si rende incompatibile con le esigenze del servizio, come scrive il Silvestrini, ma ridonda tutto a favore sia di quelli che di questo. Non è l'odore del secreto purulento delle piaghe che possa fare rifiutare il metodo, ma questo è messo tanto più in valore, quanto più il chirurgo che l'adopera ha stoffa di scienziato e anima d'artista.

CONFERENZE.

Ospedale militare di S. Marta, del sovrano Ordine di Malta.

Il cardiopalmo nei soldati (1)

per il Prof. GIOVANNI GALLI
Direttore del Reparto speciale per cardiaci.

La diagnosi di cardiopalmo viene frequentemente fatta in medicina militare.

Più della metà dei soldati del mio reparto speciale vi arrivarono con diagnosi di cardiopalmo. Ciò è dovuto a due ragioni: la prima che un soldato simulante disturbi cardiaci quasi di regola afferma che il cuore gli batte in maniera così molesta da impedirgli ogni lavoro, partendo — come più sotto vedremo — dal falso presupposto che una vera cardiopatia provochi il cardiopalmo. La seconda ragione è costituita dal fatto, che esiste in realtà facile tendenza a fare tale diagnosi, che viene considerata come « diagnosi momentanea », e di natura più burocratica che altro, per l'ammissione negli ospedali.

Il cardiopalmo si può paragonare alla neurastenia; come questa è un coltrone, che copre le più diverse infermità.

Tre mesi or sono arrivava, per es., nel riparto un soldato con diagnosi di cardiopalmo ed aritmia. All'esame si constatò facilmente un copioso essudato pleurico; in altri casi la diagnosi di cardiopalmo ricopriva un vizio valvolare del cuore. È inutile addentrarci in queste diagnosi, che facilmente si possono e si devono evitare.

Un punto da rendere chiaro invece è: cosa si intende per cardiopalmo? La parola significa *battito del cuore* (2), per cui non si devono elencare fra il cardiopalmo quelle forme di *parestesie precordiali* o *precordialgie*, con senso di molestia, dolore, noia, oppressione al precordio, che sono pure così frequenti. Eliminato dal cardiopalmo questo primo importante gruppo, noi tutti sani possiamo facilmente rappresentarci alla mente cosa significa cardiopalmo, pensando alla sensazione di battito, provocato dalla punta del cuore contro la parete toracica, quando abbiamo compiuto un lavoro rilevante, per es. dopo una corsa sfrenata, od una rapida ascensione. Questo fatto transitorio e normale nel sano, dopo una fatica inusitata, diventa patologico, quando si incontra in un soggetto allo stato di riposo fisico e psichico. Ed aggiungiamo psichico, perchè il cardiopalmo transitorio che ciascuno di noi ha provato per effetto di un intenso movente psichico, come gioia improvvisa, spavento, ecc., non ha nulla di anormale. L'equilibrio cardiaco si riforma difatti rapidamente.

La sensazione di cardiopalmo è accusata di solito nella regione dell'itto cardiaco. Il paziente vi mette la mano con facilità, anzi troppo facilmente; egli percepisce ogni sistole, mentre di norma l'azione del cuore passa inavvertita. La percezione della sistole viene spesso accompagnata da molestia. Se il cardiopalmo è notevole, il battito si avverte in una zona più ampia, sotto lo sterno, al giugulo, allo scrobicolo del cuore e persino le arterie possono diventare la sede di palpito, per cui giustamente si può parlare di *arteriopalmo*. Io ho pubblicato casi imponenti di questo *palpito arterioso*, come entità a sè, senza cioè cardiopalmo. Quando il palpito è localizzato per es. al-

(1) Da una conferenza tenuta il 18 novembre 1916 ai medici militari del Corpo d'Armata di Roma.

(2) Dal greco: *cardia* (cuore) e *palmos* (palpito).

l'aorta addominale, le manifestazioni possono diventare così suggestive, da doversi prendere in esame differenziale anche un possibile aneurisma. Nella letteratura sono citati casi di laparatomie negative per presupposti aneurismi dell'aorta addominale (1).

L'azione sistolica può essere varia nel cardiopalmo; in alcuni casi l'iperestesia precordiale è così acuita, che l'itto cardiaco è molestamente percepito, anche se l'azione cardiaca all'esame obbiettivo appare calma. Chi ha questo cardiopalmo è un meticoloso auto-osservatore; specialmente durante la notte — quando tutto attorno a lui è silenzioso — egli, concentrando la sua attenzione sul cuore, ne sente i battiti contro il torace, anche se questi sono di forza normale. Protraendosi tale auto-osservazione, il paziente acquista una ipersensibilità patologica della zona precordiale, ed un vero *udito psichico* per ogni sistole, per debole che sia. A questa ipersensibilità precordiale si unisce un senso di preoccupazione, di timore, di ansia che aggrava e provoca il cardiopalmo, costituendosi così un vero *circolo vizioso*, che fortunatamente per lo più il medico può rompere con ottimo risultato, come parlando della cura vedremo.

Spesso invece l'azione sistolica è accentuata; senza esservi un acceleramento dei movimenti del cuore, le sistoli sono impetuose, cosicchè scuotono tutta la parete toracica, quasi si trattasse di una rilevante ipertrofia cardiaca da vizio aortico. Così *en passant* è utile far notare come di rado invece nei vizi aortici, ed in genere nelle sistoli tumultuose da vizi di cuore, viene nel paziente percepito l'itto cardiaco, perchè manca di solito quella iperestesia speciale dei palpitanti.

L'azione cardiaca può nel cardiopalmo essere di frequenza normale, oppure maggiore della normale; talora vi si associa anche aritmia, e qualche extrasistole. Di regola però il polso è regolare.

Che cosa rileviamo noi all'esame di un palpitante? In qualche caso noi constatiamo un disaccordo fra il racconto del sofferente e l'esame obiettivo, che risulta negativo; si tratta qui di cardiopalmo psicogeno iniziale. Ma assai spesso esistono modificazioni obiettive.

Un sintoma, che sorprende, è la incorrispondenza tra l'azione vigorosa della punta e la forza del polso. Questo è chiaramente debole in confronto dell'itto cardiaco: la sistole sembra condensarsi ed esaurirsi nell'itto, per il cosidetto periodo espulsivo della sistole non rimangono più forze sufficienti. Esiste un disturbo nella distribuzione della energia cardiaca; la muscolatura che presiede all'itto della punta, ne consuma più di quella che provoca l'espulsione del sangue dal ventricolo.

I toni cardiaci sono spesso squillanti, specialmente il primo alla punta, impulsivi, come io soglio chiamarli, così da raggiungere una specie di tintinnio metallico. Ciò è dovuto alla violenza dell'impulso sanguigno sulla mitrale, durante il sollevarsi della punta del cuore.

Altre volte invece il primo tono alla punta è soffiante: questo soffio si può ascoltare anche sul focolaio della tricuspide con la concomitanza di un polso venoso refluo. Si tratta di soffi funzionali, che ci svelano un'insufficenza funzionale della mitrale e della tricuspide.

L'ara cardiaca appare aumentata e l'itto spostato all'infuori. Osservazioni precise su questo punto mi portano però ad affermare che non vi è di regola dilatazione ed ingrandimento cardiaco, come lo dimostrano gli ortodiagrammi del cuore. L'aumento dell'aria cardia è soltanto apparente; lo scuotimento della parete trae in inganno, cosicchè la punta del cuore sembra più in fuori del reale.

Bene apprezzabili sono i disturbi funzionali. Il malato presenta durante l'accesso una penosa ansia di respiro, che lo rende insoddisfatto della sua respirazione, e gli fa trarre grossi respiri ad intervalli. Lo sconforto morale, l'agitazione psichica si leggono sui tratti della fisionomia; lo squilibro vasomotorio nervoso si esplica quasi di regola col dermografismo. Qualche volta vi sono vertigini, stordimento e persino minaccia di deliquio, da attribuirsi più che alla anormale funzione cardiaca alla depressione psichica, che perseguita il paziente.

Come insorge il cardiopalmo? Nei soldati il maggior numero di volte è di origine psichica. Lo scoppio delle granate viene in modo speciale accusato di essere provocatore di cardiopalmo. Del resto anche lo spaventevole rombo dei cannoni, l'azione dei proiettili, il cadere di amici e nemici, i tormenti della morte, l'odore dei cadaveri e dell'incendio devono impressionare anche i sistemi nervosi più validi e provocare scariche sul cuore. Giustamente afferma un valente clinico che in guerra tutti hanno avuto cardiopalmo. Perchè questo si insedii, è necessario però un terreno adatto e sopratutto una poca resistenza del sistema nervoso e della psiche ed un'instabilità cardiovascolare.

(1) Attualmente abbiamo nel riparto un soldato con questa interessante manifestazione di arteriopalmo dell'aorta addominale.

Anche per la pratica borghese noi sappiamo come il cardiopalmo si incontra assai facilmente in giovani neurastenici, in isteriche, negli ipocondriaci. Ma sappiamo inoltre come esso si associ volontieri a stati anemici e clorotici, ad esaurimenti per strapazzi intellettuali, nervosi e fisici, tutte contingenze che si incontrano con grande frequenza nei soldati, soggetti a privazioni di cibo e di sonno e sottoposti a lavori inusitati e strapazzi di ogni genere.

Infine una ragione di cardiopalmo va in modo speciale tenuta presente nei soldati, e cioè l'abuso del tabacco e del caffè. È sopratutto la sigaretta, che è nocevole e dolorosamente si deve constatare l'enorme diffusione di questo modo di fumare, anche presso i contadini. Sia per sciocca imitazione, che come passatempo, anche il nostro robusto e sano contadino impara nell'esercito l'uso della sigaretta. Questa è diventata persino un oggetto di regalo da parte di comitati di soccorso. Anche i soldati inglesi hanno minore abitudine di prima alla pipa; autori inglesi deplorano questo fatto e parlano di soldati colle dita di colore mogano dall'uso delle sigarette. Fortunatamente noi non siamo ancora a questo punto.

Del thè non è il caso di parlare, i nostri soldati non lo conoscono; in Inghilterra viene indicato come provocatore di cardiopalmo.

Ma pur troppo un altro nervino, il caffè, ha preso anche da noi eccessiva diffusione: ad ogni angolo di strada vi è l'opportunità di ingoiare una tazza di caffè. Bisognerà alla fine iniziare una campagna medica contro questo abuso, anche nei riguardi della vita borghese. L'abolizione del caffè nell'esercito delle retrovie e la limitazione per i soldati combattenti sono un desiderato della cardiopatologia militare.

Qual'è il giudizio che il medico militare deve emettere di fronte ad un soldato con cardiopalmo?

Com'è noto, questa è una manifestazione per lo più curabile con buon risultato, per cui il prognostico è favorevole; il medico militare non si deve, in tesi generale, lasciare impressionare dal cardiopalmo, bene inteso quando non è sostenuto da vizi organici. Quanti coscritti, per es., durante la visita militare non sono presi da palpitazioni, pure essendo il loro cuore perfettamente normale! Quanti cardiopalmi non sono provocati dall'uso fraudolento di caffeina! Una certa rigidezza e diffidenza ci salvano da errori di giudizio. Norma direttiva deve essere questa che il cardiopalmo non va considerato quale causa di riforma o di licenza: sono rari i casi, nei quali esso sia così consolidato e ribelle alla cura, da costituire una ragione di esenzione dal servizio militare.

Il trattamento del cardiopalmo è svariato, essendo varie le ragioni che lo provocano. Quando è di origine psichica bisogna rompere il circolo vizioso, che mantiene il cardiopalmo. Espongasi con chiarezza all'infermo che il suo cuore è sano, e che la sensazione del battito molesto è un fatto illusorio, senza base reale; tutta la sindrome essere dovuta ad un eccesso di auto-osservazione, indegno di un soldato, ma confacientesi ad una femminuccia. Esservi il pericolo che si sviluppino serie e reali alterazioni cardiache, se il cardiopalmo non viene soppresso con una volontà più energica e con una maggiore e più esatta conoscenza delle cose. Pur persistendo il cardiopalmo, non essere questa una ragione di licenza, o di riforma, ma essere il medico militare tenuto a rinviare il soldato nelle file dell'esercito, argomento questo poderoso, poichè nelle ripiegature della psiche si nasconde talora lo scopo ultimo di arrivare alla riforma, mantenendo ed aggravando il cardiopalmo.

Con questi e simili argomenti, il medico militare può di regola spezzare il circolo vizioso stabilitosi fra psiche e cuore, e ricostituire così un uomo. Se questa ortopedia psichica non si compie, il male si aggrava e si consolida, arrivandosi persino al suicidio.

L'esperienza di diversi casi mi autorizza ad insistere su questo punto, che ha anche un interesse sociale. Il medico deve essere deciso ed esplicito in materia di cardiopalmo; studiato bene il caso, emetta il suo giudizio categorico. Quando il soldato sente dalla bocca del medico, che l'ha bene esaminato, queste parole: *Voi avete il cuore sano*, prova una sensazione di benessere e spesso gli svanisce il male. Questo, è, a mio modo di vedere, un vero colpo di maestro; bisogna essere espliciti: *in certis fortiter!* Io ho visto ritornare volontieri al reggimento soldati, guariti con questo metodo, e ne ebbi i ringraziamenti.

Del resto quando il cardiopalmo è mantenuto da stati anemici, noi conosciamo il trattamento. Io posso soltanto fare una raccomandazione a tale proposito: fra i migliori rimedi stanno sempre le pillole del Blaud ed il liquore del Fowler. Sono questi vecchi medicamenti, è vero, ma efficacissimi e poco costosi.

Caffè e the vanno naturalmente aboliti: anche l'uso del tabacco va molto limitato, possibilmente sospeso. Anche a ciò può un medico energico e persuasivo arrivare senza grandi difficoltà.

Se infine il soldato è esaurito per strapazzi, privazioni, malattie infettive pregresse, notissima è anche la cura. Riposo, riposo e riposo sopratutto! Le cosidette distrazioni, le veglie, i teatri sono dannosi. A questa cura di risparmio ed accumulo di forze di riserva si aggiungano una buona alimentazione, i tonici, noti ad ognuno, ed eventualmente, se vi è insonnia, qualche sonnifero; questo però va usato soltanto le prime sere.

Non manchi poi il medico di stimolare l'orgoglio e la fierezza del soldato, non cessi di infondergli il sentimento del dovere, di amore alla patria, facendo presenti tutti i danni individuali e collettivi della simulazione, dell'eccesso di riguardi e del sottrarsi al dovere.

Vi è però qualche forma di cardiopalmo, la quale non si doma col trattamento enunciato. Di regola durante il sonno sparisce il cardiopalmo, la frequenza del polso si abbassa e così pure l'eventuale tachicardia che accompagna il cardiopalmo. Se un palpitante con aumento della frequenza cardiaca non presenta durante il sonno una diminuzione di frequenza dei battiti sistolici, bisogna riservarsi il giudizio, anche il cuore appare normale (1).

Ci sono casi nei quali non solamente non diminuisce la frequenza dei battiti durante il sonno, ma al contrario l'azione cardiaca si fa più tumultuosa. Eccone un esempio. Un individuo si lagna di cardiopalmo. Egli è ben costituito ed ha il cuore obiettivamente sano. Il medico emette perciò un giudizio benigno. Alcuni mesi dopo, permanendo il cardiopalmo, durante un consulto la moglie racconta che nel sonno il cuore del paziente batte più violentemente che nella veglia. All'esame accurato è possibile ascoltare per la prima volta un rumore diastolico sull'aorta, ed in seguito di tempo si sviluppò infatti un'evidente insufficienza aortica. Il paziente, messo alle strette, confessava di aver avuto 10 anni prima una malattia, che aveva richiesto frizioni cutanee, ma che non aveva ritenuto necessario dire questa particolarità.

Altre volte infine si possono incontrare casi ribelli di cardiopalmo, che non smontano durante il sonno. Essi sono dovuti a fatti tireotossici, poco evidenti obiettivamente, ma che nel corso di alcuni mesi si fanno poi chiari e manifesti. In questi casi la cura ha indicazioni più precise; nelle forme tireotossiche, oltre le cure già indicate, si usa l'applicazione dei raggi Röntgen sulla tiroide, specialmente per consiglio dei medici inglesi, e quando sotto la sindrome del cardiopalmo vi è una lues, bisogna fare il trattamento specifico.

(1) Ho incaricato il mio assistente, dott. Squintani, di studiare la frequenza del cuore durante il sonno su un gran numero di casi svariati; per il cardiopalmo psichico e simulato è accertata una diminuzione rilevante della frequenza delle sistoli nel sonno, di fronte alla veglia.

NOTE E CONTRIBUTI.

Delle anchilosi e rigidità articolari nei postumi traumatici di guerra.

È questo, di certo, un vecchio argomento di chirurgia generale trattato in tutti i suoi minuti particolari in ogni buon libro di traumatologia; ma nel terribile momento storico che attraversiamo, l'enorme numero di traumi e conseguenze dirette o indirette di essi che con ritmo diuturno capitano sotto la nostra osservazione, fanno sempre apparire nuovi problemi da risolvere ed escogitare mezzi sempre più atti ad evitare danni maggiori.

Io credo che tutti quelli che di chirurgia di guerra si sono dovuti occupare, avranno come me osservato un gran numero di feriti anatomicamente guariti o prossimi alla guarigione, per lesioni ossee o per ferite interessanti o vicine alle articolazioni, e qualche volta anche lontane da esse, presentare anchilosi o pseudo-anchilosi o rigidità articolari.

Questi malati dopo lunghe degenze in ospedali o ai corpi di origine, vengono di solito diretti in qualche Istituto fisioterapico (anche improvvisato) ove spesso, senza esami accurati vengono assoggettati ai soliti massaggi, elettricità, bagni, ginnastica, ecc., e poi fatti uscire in condizioni uguali o peggiori di quando ci sono entrati.

Ora io non voglio qui trattare dei gravi postumi di lesioni traumatiche articolari ove il più delle volte solamente un atto operatorio cruento (osteotomia, resezione, ecc.) vale a migliorare il funzionamento dell'articolazione colpita. Voglio solamente interessarmi di quelle anchilosi o pseudo-anchilosi o rigidità che non sono la conseguenza di lesioni di continuità gravi delle ossa, ma solamente sono dipendenti da alterazioni sinoviali, tendinee, muscolari, o da alterazione delle guaine o delle fascie che circondano le articolazioni.

Le lesioni in questi casi sono intra o extra-articolari e spesso in diretta dipendenza di fatti artritici, che a seconda della forma che assumono presentano caratteri differenti. Vi sono così artriti plastiche, sierose e anche suppurative. Una recentissima pubblicazione fran-

cese del prof. Broca di Parigi («Les sequelles ostéo-articulaires des plaies de guerre»), descrive sinteticamente e maestrevolmente coteste forme. Dice che le cartilagini di incrostazione si ulcerano e scompaiono e nella faccia ossea messa a nudo si stabiliscono delle stratificazioni ossee o fibrose. In questi casi si formano delle anchilosi complete. Succede poi l'obliterazione del cul di sacco sinoviale, e la retrazione susseguente degli apparecchi ligamentosi. Avviene però che in molti casi l'articolazione non è presa a processo artritico o è solamente affetta da un'artrite secca. Allora le aderenze sinoviali e le retrazioni ligamentose sono solamente in dipendenza di fatti di origine periarticolare.

Le lesioni extra-articolari sono dovute appunto a processi artritici sulle ossa e sulle parti molli periarticolari. Si diffondono poi su tutti gli elementi congiuntivi della regione, sopra i piani cellulari che si ispessiscono e si induriscono, sulle guaine sinoviali che si obliterano e aderiscono ai tendini retratti, sulle masse muscolari vicine, che si atrofizzano e divengono fibrose. A poco a poco poi l'infiammazione procede fino alle cavità sinoviali.

Avviene pure che le parti molli periarticolari si ossificano costituendo allora la così detta anchilosi anulare ossea completa e definitiva. Si arriva adunque ad una vera associazione di lesioni peri e intra-articolari originata da una sclerosi periferica, che a tempo opportuno potrebbe esser curata e migliorata senza ricorrere ad operazioni cruente.

Tutti cotesti fatti, prescindendo dai processi settici, sono il più delle volte in diretta dipendenza della viziosa applicazione degli apparecchi e della fasciatura.

Non una sola volta ho appreso dai soldati feriti che una fasciatura viziosa era stata ad essi applicata sempre nella stessa maniera e posizione, trenta, quaranta, cinquanta giorni di seguito. Non una sola volta ho visto arrivare in ospedali feriti con apparecchi fissi o mobili degli arti in posizione completamente contraria all'indicata.

Durante tutto quel tempo erano essi rimasti sempre nella stessa opposizione senza che mai fosse venuto in mente ai curanti che anche un arto sano sì lungamente fissato sarebbe irrigidito.

La genesi di coteste artriti e miositi adunque è anche spesse volte dovuta all'ischemia della parte, secondaria all'emorragia prodotta dalla ferita e alla compressione degli elementi nervosi articolari e para o periarticolari.

Non vogliamo qui parlare della miosite sclerosante progressiva che è quasi sempre la conseguenza di suppurazioni, ma le altre forme di miositi e sinoviti verificantesi su terreno sterile ripetono la loro causa di sovente dalla ragione sopra detta. A cotesta ragione poi si aggiunge quasi sempre la lunga e persistente fissazione articolare e la fissazione in posizione viziata.

Chi di noi non ha veduto dei feriti alla coscia arrivare o in flessione o in adduzione in rotazione interna? Dei ginocchi in flessione? Dei piedi in equinismo? Dei cubiti in semiestensione e in pronazione? Dei polsi in semiflessione? Le posizioni che con certezza calmano il dolore o l'infiammazione e che, pur avvenendo l'anchilosi, presentano il miglior funzionamento tutti sanno che sono: per l'anca la posizione verticale del femore, per il ginocchio la retta, per il piede l'angolo retto o leggermente acuto sulla gamba, per la spalla il braccio al corpo o lievemente scostato, per il cubito l'angolo retto in semi-pronazione, per il polso e le dita, fatte poche eccezioni, la posizione retta.

Ma nelle lesioni peri o para-articolari non settiche, delle quali noi maggiormente in questa nota ci interessiamo, non è opportuno neanche insistere sempre in coteste posizioni se non si vuole, come spesso avviene, la fusione degli elementi peri o endo-articolari e la fissazione in anchilosi o la rigidità dell'arto.

È imprescindibile la mobilizzazione tempestiva. Bisogna arrivare alla soglia del dolore ma non intervenire mai se è ancora in evoluzione un processo flogistico anche solamente reattivo.

Anche la meccanoterapia, in certi casi, è dannosissima. È necessario prima di ben precisare la natura e il grado dell'artrite causale. Quando l'arto è in posizione viriata può tentarsi anche il raddrizzamento forzato immediato, fissandolo poi per tre o quattro settimane in buona posizione. Prima però si deve esser sicuri che non vi sieno processi infiammatori anche latenti, nè centri ossei prossimi in preda a processi infiammatori.

La rigidità in genere deve esser trattata con la mobilizzazione. Bisogna sempre tentare il ritorno dei movimenti articolari; si cominci col provocare i movimenti opposti al vizio di posizione per poi venir gradualmente ai movimenti normali.

Siccome però, come già si disse, ma conviene ripeterlo per l'importanza che merita, i processi artritici possono esser latenti e difficile a diagnosticarne la completa scomparsa, se si riaffacciano quando si opera la mobilizzazione,

è assolutamente necessario immobilizzare di nuovo l'articolazione. Così è frequente la ricomparsa dell'artrite durante le manovre di massaggio. Se così avviene si dovrà pur sospendere ogni più piccolo trauma per non aver come quasi sicura conseguenza la ricomparsa di flogosi sempre più gravi che poi compromettono definitivamente la funzionalità delle articolazioni. Cotesti danni sono di sovente, pur troppo, arrecati ai pazienti dai numerosi empirici ai quali sono affidati tali malati.

Per questa ragione già si disse come certi istituti improvvisati abbiano arrecato più danni che reale vantaggi.

Ricapitolando, adunque il metodo curativo è basato sulla mobilizzazione brusca o progressiva e sul raddrizzamento operato da apparecchi successivi.

La mobilizzazione progressiva oltre manuale può essere anche meccanica, ma questa è spesso infida perchè il buon effetto delle macchine per ginnastica passiva in ispecie è sempre subordinato alla volontà del paziente. Pur troppo molte volte il soldato deve esser vigilato come un infortunato sul lavoro affetto da mania da liquidazione!

L'inerzia, la completa passività arreca alle articolazioni malate danni anche più gravi de' traumi più violenti. È necessario allora una sorveglianza continua accompagnata da quel catechismo atto a convincere cotesti inetti che il male ch'essi si producono non è certo compensato dal tornaconto ch'essi sperano trarre della loro infermità.

Cotesti malati non dovrebbero esser mai abbandonati perchè anche se affetti da gravi atrofie, da rigidità, da anchilosi di grado elevato, una cura opportuna può sempre arrecare notevoli vantaggi.

Il numero di cotesti traumatizzati deve di certo esser grandissimo e tutto dipenderà dai sistemi preventivi e continuativi di cura e di sorveglianza, se dopo la guerra insieme al non indifferente numero di mutilati dovremmo anche lamentare un numero non esiguo di uomini poco atti alle fatiche per le anchilosi o per le rigidità articolari, postumi immodificati e immodificabili di traumi sofferti nella guerra.

Dott. TULLIO CECCHETELLI-IPPOLITI.

Pubblicheremo prossimamente:

G. PICCARDI: *La profilassi della sifilide con gli arsenobenzoli;*

O. TENANI: *La causalgia e suo trattamento chirurgico.*

SERVIZI SANITARI.

Ordinamento degli Uffici d'igiene.

Nel n. 3 del *Policlinico* corrente anno il professore Tito Gualdi ha richiamato l'attenzione sulla necessità di una nazionale costituzione negli uffici d'igiene.

Con parola chiara e franca egli espone i difetti, che attualmente si rilevano nell'organizzazione sanitaria del Regno e ne addita i rimedî, che possono compendiarsi nella istituzione di uffici d'igiene consorziali obbligatori fra i vari Comuni, con organici stabiliti in base a norme generali emanate dal Governo.

La spesa verrebbe ripartita in congrua misura fra Stato, Provincie e Comuni e l'azienda contabile verrebbe affidata ad apposito funzionario scelto dagli Enti, che ne hanno l'onere, ma in sottordine al Capo, mentre il controllo permanente nella sfera tecnica spetterebbe al medico provinciale.

Si avrebbe così nella provincia un numero più o meno limitato di ufficiali sanitari consorziali, direttori di questi uffici d'igiene, e negli altri comuni funzionerebbero i medici condotti come ufficiali sanitari delegati.

Siamo perfettamente d'accordo col dottor Gualdi sulla esplicita constatazione del fatto, che alla eccellente organizzazione del centro, costituito dalla Direzione generale di sanità, non corrisponde analoga organizzazione negli uffici sanitari provinciali e negli uffici sanitari comunali; ma non possiamo essere d'accordo nel modo come egli intende concatenare questi uffici ed il personale sanitario locale.

I consorzi per l'ufficiale sanitario e pei laboratori di vigilanza igienica furono istituiti con la legge 25 febbraio 1904 e relativo degolamento 19 luglio 1906; ma essi non hanno potuto essere attuati nè volontariamente, nè obbligatoriamente.

Caddero nel nulla tutti i decreti prefettizi pei consorzi costituiti coattivamente, perchè tutti i comuni grandi, medî e piccoli fecero notare la nessuna utilità pratica di tali consorzi ed il rilevante onere finanziario, che non comportava alcun benefizio tangibile nell'interesse della sanità pubblica dei singoli comuni.

La vigilanza sanitaria è funzione, che si esplica in mezzo alle popolazioni, in contatto diretto con la loro vita, con le loro abitudini, il più delle volte in contrasto con individuali interessi. I provvedimenti sanitari sono da una parte in generale urgenti e dall'altra continuativi: hanno bisogno di rapida applicazione e nel medesimo tempo di costante e diuturno in-

teressamento del personale addetto alla vigilanza igienica, perchè essi siano eseguiti. Quanto più numerosi e diversi sono gli organi intermedî tra il centro e la periferia, tanto più tarda ed inefficace risulta la funzione sanitaria.

Questi ufficiali sanitari consorziali coi loro uffici e laboratori non sarebbero quindi, che altrettanti organi intermedî ingombranti tra gli ufficiali sanitari locali ed il medico provinciale; senza contare l'ingombro costituito dalle sotto-prefetture e dagli uffici comunali, dato l'attuale ordinamento amministrativo del Regno.

Similmente a che scopo costituire tanti laboratori d'igiene nella provincia, che avrebbero vita tisica e non raggiungerebbero l'altezza voluta dai crescenti progressi della batteriologia e della chimica?

Non essendo possibile e non essendo necessario instituirli in ogni comune, dovendo in ogni modo gli ufficiali sanitari locali avvalersi di laboratori esistenti fuori della propria residenza, non sarebbe tanto di guadagnato rivolgersi ad un grande, completo, unico laboratorio impiantato nel capoluogo di provincia alla diretta dipendenza del medico provinciale?

Questi laboratori provinciali con personale nominato in seguito a concorso del prefetto in base ad organico approvato dal Consiglio provinciale di sanità, risponderebbero non solo a tutte le esigenze del servizio di vigilanza igienica nei comuni, ma verrebbero a costituire altrettanti centri di studio pei problemi, che interessano la intera provincia.

D'altra parte bisogna convenire, che i progressi della organizzazione e l'entità dei servizi sanitari non permettono al medico condotto il cumulo della sua carica con quella di ufficiale sanitario sia pure come delegato dell'ufficiale sanitario consorziale.

L'esercizio della condotta è troppo grave, perchè il medico possa poi rinchiudersi in ufficio ed attendere al lavoro di statistica ed alla compilazione di bollettini sanitari, agli esami microscopici e chimici di urgenza, alla redazone di relazioni e certificati richiesti in numero sempre crescente; perchè egli possa procedere alle necessarie ispezioni per la vigilanza scolastica, per la vigilanza sugli alimenti e bevande, sull'igiene del suolo e degli abitati, per la vigilanza zooiatrica e dei macelli, dove e quando manca il veterinario comunale, e così via via per tutti i servizi igienici, che variano da regione a regione secondo la loro indole agricola, industriale e marittima.

La sfera d'azione dell'ufficiale sanitario è incompatibile con l'ordinaria attività del medico condotto e talvolta si oppone agli interessi professionali, che spesso vengono lesi dai provvedimenti, che è costretto a prendere od eseguire.

Una delle principali ragioni, per cui ogni tentativo fatto per dare all'ufficiale sanitario la necessaria vigoria ed indipendenza, al dire del prof. Gualdi, è finora abortito, io ritengo sia stato e sia il convincimento, forse esistente nelle stesse autorità sanitarie, che, segnatamente nei piccoli e medî comuni, si tratti di una sinecura, che possa venire affidata con poche lire di indennità al medico condotto ed al libero esercente. Ed è stata una fortuna, che l'istituto sia ancora conservato nella legge sulla tutela della sanità pubblica.

Che anzi leggi e regolamenti, tranne il potere esecutivo, che non ha mai voluto concedere, ma che presto o tardi finirà per affidargli, conferiscono all'ufficiale sanitario responsabilità non lievi, con obblighi non pochi, e per la sua nomina chiedono le maggiori garanzie scientifiche e pratiche mediante un concorso per esame.

Bisogna invece rinvigorire gli organi sanitari locali e riattivarne la funzione. Date all'ufficiale sanitario indipendenza economica, in modo che possa guardare con sicurezza al suo avvenire: fate che egli esplichi con indipendenza amministrativa la sua azione: cercate che questa sua azione sia persistente con ufficio proprio nella sede comunale, con la quale per ragione di ufficio deve avere continuo contatto: mettetegli a fianco ed alla diretta dipendenza impiegati e vigili sanitari, che non siano di nomina comunale per la effettiva e pratica attuazione dei provvedimenti. Coordinate l'azione degli ufficiali sanitari nei comuni mediante un indirizzo unico impresso da un solo capo, il medico provinciale, e queste unità combattenti sparse nella provincia vengano da lui organizzate e dirette, magari rigorosamente strette nel suo pugno, ma sempre affiatate e difese. Date a sua volta al medico provinciale autorità ed indipendenza, in modo da non essere, come si esprime il Gualdi, soffocato dal formalismo ed opportunismo politico delle prefetture. Ed allora potete essere sicuri, che le leggi ed i regolamenti sanitari non si ridurranno come oggi a puri e splendidi trattati di igiene, condensati sotto forma di articoli.

Resta la questione finanziaria, ostacolo insormontabile quando non si vogliono le rifor me. Essa questione è presto risoluta mercè la costituzione in ente giuridico del Consiglio provinciale sanitario con la sua Giunta. A questo, che chiameremo « Istituto provinciale di sa-

nità », verseranno il loro contributo i comuni della provincia in proporzione del numero degli abitanti, mediante delegazione sulla sovrimposta rispettivamente percepita nella provincia medesima.

Tale istituto avrebbe la gestione amministrativa del laboratorio provinciale, degli uffici sanitari comunali e relativo personale.

Nulla impedirà che nel periodo di suo sviluppo possa eziendio provvedere alla esecuzione delle opere igieniche ritenute necessarie nei comuni: tanto esse si eseguono con denaro prestato dallo Stato ed i Comuni si affannano nella ricerca di chi voglia e possa compierle.

Concludendo, il decreto governativo o luogotenenziale invocato dal prof. Gualdi dovrebbe determinare:

1° la istituzione obbligatoria di un ufficio di igiene con laboratorio in tutte le città capoluoghi di provincia, alla diretta dipendenza del medico provinciale;

I laboratori comunali resterebbero aboliti ed il loro personale con apportune disposizioni transitorie passerebbe a far parte dei laboratori provinciali;

2° la istituzione obbligatoria in ogni comune di un ufficio alla diretta dipendenza dell'ufficiale sanitario. Quest'ufficio dovrebbe essere fornito soltanto di microscopio e di limitato numero di reattivi per gli esami e le analisi di urgenza. Esso avrebbe sede nella casa comunale e ne farebbero parte uno o più impiegati con uno o più vigili sanitari, secondo l'importanza del comune;

3° gli organici e le condizioni di nomina e di stipendio dei funzionari addetti ai laboratori provinciali e degli impiegati e vigili addetti agli uffici locali, come pure gli stipendi degli ufficiali sanitari, sarebbero stabiliti dal Consiglio provinciale sanitario in base a norme generali emanate dal Governo.

Gli ufficiali sanitari dovrebbero essere distinti in due o più classi, alle quali verrebbero promossi per anzianità o per merito a qualunque comune essi appartengano;

4° la costituzione in ente giuridico del Consiglio provinciale sanitario, « Istituto provinciale di sanità », il quale avrebbe la gestione sanitaria della provincia. Il suo funzionamento verrebbe alimentato dal contributo dei Comuni in proporzione della popolazione, dal contributo dello Stato e della Provincia in proporzione della rispettiva imposta erariale e sovrimposta provinciale.

Deliceto (Foggia), 24 gennaio 1917.

Dott. GIUSEPPE NAZZARO
ufficiale sanitario.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Seduta del 3 marzo 1917 (ore 9).

Comunicazioni riguardanti la cura delle ferite di guerra

Criteri direttivi della medicazione moderna delle ferite con applicazione alla cura delle ferite di guerra.

NOVARO GIACOMO (Genova). — Le ferite accidentali si debbono ritenere o, almeno, sospettare non sterili. I microrganismi sono oramai ritenuti come la causa delle complicazioni delle ferite. Dapprima, specie col metodo Lister, si mirava a distruggere i microrganismi con rimedî antisettici. Poi si è imparato, specie dopo gli esperimenti del Teobraczensky, ad attenuare ed impedire la loro malefica azione col creare loro in seno alla ferita un terreno disadatto al loro sviluppo e coll'allontanare dalla ferita i prodotti della loro vita e dei loro corpi, senza disturbare la vitalità degli elementi istologici dei tessuti.

Non si devono quindi chiudere completamente le ferite e se ne debbono allontanare a mezzo di materiale di medicazione assorbente il siero sanguinolento e gli altri eventuali secreti.

Le ferite da arma da fuoco, escluse quelle da palla da fucile e di mitragliatrice, provenienti da oltre 400 metri, che non abbiano rimbalzato o deviato; e poche da pallottole di shrapnel, si debbono considerare come infette. La loro infezione non è dovuta ai proiettili, ma ai brandelli di vestimenta e al terriccio che con essi penetrano in seno ai tessuti. Flemming, che ha studiato la flora delle vestimenta dei soldati in campo, nell'83 % dei casi vi ha trovato il *bacillus perfringens*, nel 33 % dei casi il bacillo del tetano, nel 45 % lo streptococco e nel 17 % lo stafilococco. Policard, Phelips e Fissienger, che hanno studiato ferite recenti da arma da fuoco, hanno trovato che fino alla 5ª ora la ferita non presenta nessuna reazione (fase di siderazione) e che nei tessuti sani sui limiti delle parti lese non si veggono ancora leucociti. Dalla 5ª alla 9ª ora secondo i detti autori si inizia la reazione leucocitaria, e dalla 9ª alla 12ª ora si veggono comparire microrganismi anaerobi in vicinanza dei filamenti dei detriti vestimentari e nei coaguli sanguigni avvolgenti cotesti filamenti. Cresce la reazione leucocitaria e compare il pus. Trovarono poi che la moltiplicazione dei microrganismi dapprima si fa lentamente, ma che dalla 20ª alla 36ª ora si accelera.

Data questa evoluzione delle ferite prodotte specialmente da scheggie di granata, di bomba, ecc., si vede subito la necessità di intervenire al più presto possibile, non chiudendole con punti di sutura, ma sbrigliandole largamente, nettandole dai corpi estranei, dai coaguli sanguigni, dai detriti vestimentari sopratutto.

Siccome per altro, per quanto si faccia non si può mai essere sicuri di avere allontanato tutti i corpi estranei e tutti i tessuti votati alla necrosi, così dopo avere aperto ogni recesso della ferita si metteranno drenaggi, di preferenza di garza o di garza e tubi di caoutchouc, avvertendo però di non mettere tubi contro grossi vasi sanguigni. Si coprirà infine la ferita con spesso strato di garza il più perfettamente idrofila che si può avere. Facendo in questo modo si sarà sicuri di evitare gravi complicanze anche se non sia stato possibile estrarre tutti i proiettili o siano restati in seno alla ferita tessuti mortificati o minimi frustoli di vestimenta.

Gli antisettici, a mio parere, non sono necessarii, anzi molti sono dannosi in quanto disturbano la vitalità degli elementi istologici sani e limitano l'azione difensiva dell'organismo.

In Francia il Carrel propugna un metodo che dà buoni risultati. In questo metodo del Carrel vi è una parte essenziale: il largo e precoce sbrigliamento, nettamento della ferita, il drenaggio di ogni, anche piccola, anfrattuosità di essa. L'altra parte, che consiste nella bagnatura continua o intermittente della ferita con soluzione Dakin (ipoclorito di sodio neutro) è per me secondaria. Probabilmente si ottiene lo stesso effetto con la soluzione fisiologica.

Delbet crede che il cloruro di magnesio attivi meglio la reazione leucocitaria. Carrel fa un grossolano esame batterioscopico dei detriti raccolti in varî punti della ferita, e quando da tale esame risulta che il contenuto batterico è nullo o quasi, allora procede alla riunione secondaria della ferita. Così procedendo il Carrel ha ottenuto risultati splendidi, ma notisi che egli trovasi a Compiègne, ove riceve feriti delle prime ore.

Per me il pronto intervento fatto da chirurgi di carriera nelle prime 24-36 ore costituisce il desiderato che con una buona organizzazione del servizio sanitario si deve cercare di tradurre in pratica.

Indicazione tecnica e risultati dell'intervento chirurgico precoce nelle ferite di guerra.

DONATI MARIO (Modena). — La lunga esperienza fatta curando parecchie migliaia di feriti sia in ospedali di riserva, sia in un ospedale da campo che riceveva direttamente i feriti dalla linea del fuoco, ha persuaso l'A. che sia necessario, come regola generale, e cioè nel maggior numero dei casi, eseguire nelle ferite di guerra un trattamento operatorio precoce.

Egli afferma questo, non perchè ignori che vi sono ferite che guariscono spontaneamente con decorso asettico o ferite di lieve momento, che non esigono un vero e proprio atto operativo, ma perchè la grande maggioranza delle ferite (financo l'85 %) è ora dovuta a proiettili diretti o indiretti di artiglieria o di bombe; sono cioè ferite predisposte in modo speciale alla infezione, in causa della penetrazione di corpi estranei di ogni genere, della grande contusione, delle lacerazioni e mortificazioni di tessuti, ecc. Di più, le ferite da artiglieria e quelle da proiettili esplosivi si dimostrano facilmente infette anche se a canale completo; e le ferite da pallottola di fucile o di mitragliatrice possono presentare complicazioni settiche nel 9-10 % dei casi se a canale completo, e fino nel 21 % se a canale cieco.

L'O. quindi dimostra che havvi un periodo, che si può dire di contaminazione, nel quale la ferita è insudiciata, ma non è ancora infetta: se riusciremo ad intervenire in questo periodo, che dura breve tempo, spesso non più di 6-10 ore, potremo radicalmente modificare l'evoluzione della ferita stessa mercè la pulizia meccanica, che costituisce una vera e propria antisepsi chirurgica.

Secondo l'O. è quindi indicato, previo immediato esame radioscopico o radiografico, lo sbrigliamento precoce delle ferite, anche di quelle a canale completo, se prodotte da proiettili di artiglieria; quelle che non si fossero sbrigliate precocemente dovranno essere attentamente sorvegliate. Complemento necessario dello sbrigliamento è la estrazione dei corpi estranei, l'asportazione dei tratti di tessuti muscolo-aponeurotico contusi e mal nutriti, che formano parete ai tramiti e agli orifizii, nonchè delle scheggie libere di osso proiettate nei tessuti molli o che comunque si opponessero alla toilette di un focolaio di frattura. A questi atti, di cui l'O. descrive la tecnica, segue di regola la medicazione della ferita con garza asciutta sterilizzata all'autoclave, o con garza iodoformizzata.

Essendo intervenuti nelle primissime ore e trattandosi di ferite che siano state dominabili, cioè esaminabili in tutti i recessi, ripuliti tutti i corpi estranei e dei tessuti contusi, tali ferite insudiciate, che sono in potenza d'infezione, saranno state chirurgicamente trasformate in ferite asettiche. E allora l'esperienza ha dimostrato all'O. che si può anche eseguire la sutura a piani, con ricostituzione anatomica delle parti, e ottenere la guarigione per prima intenzione con risultati funzionali eccellenti. La sutura in primo tempo, totale o subtotale, è dunque consentita in particolari condizioni di tempo qualora si abbiano ambienti operatorii adatti. Il metodo però è delicatissimo, esige molto discernimento nell'applicazione ed una attenta sorveglianza postoperatoria dei feriti. Per queste ragioni l'O. aveva proibito agli assistenti di usarlo, ordinando loro di fare il trattamento aperto dopo eseguita la toilette della ferita. D'altra parte in questi casi sarà spesso, consentita una sutura secondaria, quando si veda cioè in secondo tempo che il decorso è asettico. Le ferite che più si prestano a questa cura appartengono a quelle del cranio, delle articolazioni, delle parti molli.

L'O. tratta poi delle ferite gravi ed estese, di difficile cura fin dal principio, nelle quali le condizioni anatomiche si oppongono alla sterilizzazione meccanica, di tutti i recessi, all'ablazione di tutte le parti contuse e talvolta di tutti i corpi estranei.

in esse è indispensabile il trattamento aperto, e tuttavia, ad onta di questo, possono sorgere fulminee le complicazioni settiche cancrenose e gassose, che nemmeno la demolizione riesce talora a vincere.

Accennati ai problemi tecnici del periodo d'infezione delle ferite, l'O. fa ancora alcuni rilievi sull'importanza dell'intervento precoce per prevenire cancrene d'origine vascolare, aneurismi, emorragie secondarie, e sulla necessità di una buona e immediata immobilizzazione delle fratture da ottenersi, nei primi momenti, con l'applicazione di apparecchi provvisorii.

La chimiatria antisettica ed il trattamento delle ferite infette.

SCHIASSI BENEDETTO (Bologna). — Forse niuna questione di chirurgia è stata tanto vivacemente dibattuta quanto quella del trattamento delle infezioni chirurgiche in generale e delle ferite infette in particolare: ed anche di recente, mentre si è affermato da taluno che le ferite infette di guerra debbono trattarsi con la più svariata chiamiatria antisettica, da tal'altro si è dichiarata avvenuta la dimostrazione del fallimento completo dell'antisepsi.

All'O. sembra che la questione debba essere considerata secondo una distinzione preliminare di *fondamentale* importanza e che il contegno del chirurgo debba essere disciplinato in modo diverso, precisamente in armonia colle inferenze che scaturiscano da simile distinzione.

Due sogliono essere le condizioni in cui può trovarsi un ferito di guerra che deve essere soccorso dal chirurgo:

1ª quella per la quale il ferito arriva al chirurgo in un termine che va dalle *otto* alle *venti* ore dopo il ferimento: la ferita è a tipo lacero, v'è probabile ritenzione di uno o più proiettili irregolarmente puntuti, forse è stato trascinato nella ferita qualche brandello di vestito, terriccio od altri corpi estranei;

2ª quella per la quale il ferito leso in maniera simile al primo è presentato al chirurgo mentre è in piena evoluzione una più o meno grave infezione (*due, sei giorni dal ferimento*).

Questa distinzione che a taluno può sembrare troppo schematica, risponde benissimo alle esigenze di una trattazione che tende a stabilire le norme generali di terapeutica delle ferite.

Nel primo caso la cura decisamente antisettica s'impone: ha certo mille ragioni Watson Cheyne quando protesta contro coloro che vogliono considerare come *arcaico* il trattamento antisettico di simili ferite; per contraddirne la indicazione converrebbe distruggere tutto quanto dimostrò il Lister, quanto è verità scientifica provata in laboratorio, quante migliaia di volte è stato accertato con l'esperimento clinico.

Forse potranno ammettersi divergenze sulla scelta degli antisettici, ma la necessità d'intervenire antisetticamente contro i germi con giusta presunzione presenti in seno alla ferita non può altro che essere riconosciuta, poichè alla ragionevolezza dell'ipotesi corrisponde proprio nella pluralità dei casi il fatto che nelle *prime ore* dopo il ferimento i germi si trovano ancora disseminati negli strati superficiali della lesione, vale a dire in condizioni da subire l'azione dei mezzi fisici e chimici che valgono a procurare la loro distruzione.

Perciò il trattamento chirurgico prima nel senso di ampliare la ferita, regolarizzarla ed esporla in tutti i suoi recessi, liberarla dai corpi estranei in vario grado infetti, metterla in condizioni da poter offrire *subito* un facile ed ampio accesso alle sostanze antisettiche, appare indubitabilmente l'*optimum* della cura immediata di queste ferite.

Nel 2º caso nei riguardi cioè delle ferite che si presentano al chirurgo in piena infezione è da ritenere proprio che *con ragione s'è dichiarata la bancarotta della chimiatria antisettica.*

Nè poteva accadere altrimenti: perchè quando sono trascorsi già parecchi giorni dal ferimento i germi flogogeni sono penetrati a varie profondità e quivi si sono andati moltiplicando e diffondendo: sono a colonie inoltrati negli spazi linfatici, hanno invaso i capillari sanguigni, si sono diffusi lungo le aponeurosi e le fibre muscolari già ben lungi dalla regione dove furono deposti i primi elementi batterici. Sembra singolarmente strano, ma anche oggi dopo tanti anni di antisepsi illusoria, si parla anche oggi e si scrive persino nei giornali politici intorno alle meravigliose proprietà microbicide di questa o quella sostanza antisettica a cura di ferite in corso d'infezione.

Con tutte le sostanze antisettiche più o meno vivacemente proclamate conformi allo scopo non si sono ottenute mai altro che azioni *in superficie*, altro che azioni germicide su batteri sparsi nella superficie della ferita, mai su quelli penetrati in profondità vale a dire si sono ottenute solo azioni sopra una *piccola parte* di *tutti i germi* che mantenevano in flogosi la regione.

Qualsiasi regione del corpo in preda ad infiammazione possiede una struttura nei varî tessuti da non consentire la penetrazione fin negli strati più profondi di qualsiasi sostanza liquida e gassosa:

« per quanto la sostanza sia diffusibile;

« per quanto sia ampia la superficie di contatto;

« per quanto sia prolungato il tempo del contatto ».

La diffusione in profondità del medicamento può *in parte avvenire ma giammai in dosi bastevoli e con modalità adatte* da conseguire effetti *sufficientemente* deleteri per i patogeni. Se avvengono assorbimenti di antisettico la penetrazione del medicinale si effettua a dosi successive frazionate attraverso i capillari sanguigni ed i linfatici eventualmente liberi da essudati e da germi ed il farmaco arriva a diffondersi nel circolo generale in dose persino intossicante senza aver esercitato azioni battericide locali bastevoli a modificare in meglio il decorso della flogosi.

Così si dica per i sieri antibatterici.

Persuaso da tempo della inutilità di agire con sostanze antisettiche in applicazioni topiche che avrebbero avuto l'ufficio di uccidere i patogeni con azioni portate sul focolaio dall'*esterno* verso l'*interno,* dalla *superficie* verso la *profondità,* l'O. aveva pensato se non fosse stato opportuno d'influire sui patogeni in senso inverso, dall'interno verso l'esterno, *dalla profondità* verso *la superficie.* Effettuò numerosi tentativi specie in casi d'infezioni degli arti e con delle sostanze antisettiche e con sostanze colloidali e con sieri specifici e polivalenti.

Introduceva le diverse sostanze o per la via delle vene o per quella delle arterie, per perfusione, o deponeva direttamente per infiltrazione la sostanza medicamentosa intorno al focolaio. I fatti che mi fu dato osservare mi dimostrarono che gli effetti antisettici che si era sperato di conseguire non erano bastevoli nè meno con tal mezzo ad arrestare od attenuare la flogosi in corso.

L'O. crede che ciò avvenisse per varie ragioni che per ora non è necessario esporre, tuttavia, gli insuccessi seguiti a simile pratica non mi fecero abbandonare il pensiero, che mi sembrava giusto, che si dovesse cioè tentare di lottare contro le 'nfezioni locali *operando sopratutto dall'interno verso l'esterno,* dalla *profondità* verso la *superficie.*

Ai fini terapeutici un focolaio infiammatorio non dovrà essere stimolato in *tutte* le sue manifestazioni come vorrebbe taluno perchè: come si aumenterebbe la intensità dei fenomeni utili si aumenterebbe parallelamente la intensità di quelli nocivi.

Nè si dovrebbe evidentemente assistere inattivi allo svolgersi di tutti i fenomeni favorevoli e sfavorevoli come vorrebbero tali altri perchè: se in qualche caso l'infiammazione può aver esito in guarigione, in molti altri casi le metastasi di elementi batterici e gli assorbimenti di elementi settici possono dare complicazioni gravi ed anche la morte.

Si dovranno invece seguire quei criteri secondo i quali si giunge

«ad esaltare la potenzialità dei fenomeni favorevoli,

e nel contempo

«ad attenuare od a rendere presso che innocui i fenomeni sfavorevoli.

In che modo?

Prima di tutto con un mezzo operativo il quale valga a mettere il focolaio in condizione da eliminare verso l'esterno il massimo di produzione essudativa: al mezzo operativo si unirà quale adiuvante d'eliminazione altro mezzo di cui dirò subito.

Poi coll'eccitare la potenzialità sopratutto della *iperemia attiva*:

o con agenti chimici,

o con agenti fisici.

Quanto ai primi è notorio come con giusta intuizione del tutto empirica si andarono iperemizzando i focolai d'infezione con l'applicare sostanze chimiche fin da quando si adoperavano la pece di Borgogna ed altre simili sostanze.

Più vicino a noi Keirle e poi Taufeliew trattarono gran numero di erisipelatosi coll'applicare la tintura di jodio più volte nella giornata sulla *pelle sana circostante* alla zona malata.

L'impacco caldo i varî cataplasmi di sostanze riscaldate, ecc., sono tutti *mezzi fisici* di cura d'origine secolare.

Di tali mezzi sovrano è indubitabilmente il bagno cui sono ricorso con intendimenti e con apparecchi speciali.

L'O. ha creduto di ricorrervi non per ragioni che avevano sedotto il Lombard, il Langenbeck, lo Stromeyer, il Notaro ed altri per:

1º preservare il ferito dalla pioemia;

2º impedire gli accumuli di pus nel seno della lesione;

3º provvedere a che non si avvertano cattivi odori da distruzione dei tessuti;

4º agire con agenti antisettici sui germi del focolaio d'infezione ecc.;

ma sopra tutto per influire sulle regioni infette secondo due criteri esseziali:

1º depurare il focolaio dagli elementi tossici;

2º intensificare il lavorio ematico naturale contro tutti i fenomeni d'infezione.

Difatti: col bagno, avvenuta la più ampia possibile operativa esposizione della zona infetta, si ottiene che la corrente di deflusso dall'interno verso l'esterno di tutti gli elementi di essudazione si renda più facile e copiosa per ragione meccanica e biochimica:

meccanica, perchè il liquido ha una composizione tale che scioglie facilmente gli essudati e movendosi di continuo sulla superficie cruenta asporta lontano i prodotti dell'infiammazione e mantiene beanti gli stomi, a maggior facilitazione di ulteriore egresso di altri elementi destinati all'eliminazione:

biochimica, perchè al liquido ho unito sostanze medicamentose tali da ottenere che dalle regioni cruentate si effettuino movimenti *esosmotici* a seconda del grado d'ipertomia con cui il liquido è preparato: si esercita pertanto col liquido sul focolaio una specie di *suzzione* a più intensa purificazione del focolaio (1).

---

(1) Le soluzioni sono:

A)	Cloruro di sodio	gr.	8.—
	Cloruro di potassio . . .	»	0.30
	Cloruro di calcio	»	1.—
	Glucosio	»	1.50
	Acqua sterilizzata	»	1000
B)	Cloruro di sodio	gr.	8.—
	Cloruro di potassio . . .	»	0.30
	Cloruro di calcio	»	1.—
	Glucosio	»	1.50
	Citrato di sodio	»	2.—
	Idrato di sodio purissimo .	»	0.50
	Acqua sterilizzata	»	1000

La soluzione *A*) è indicata quando non occorrono azioni esosmotiche molto intense e quando la produzione essudativa della lesione non è estremamente copiosa.

Quando all'altro elemento col quale pensava d'influire col bagno sulla lesione, l'intensificazione cioè della iperemia attiva, giova rivelare quanto un liquido riscaldato a temperatura adatta si presti a conseguire gli effetti che si desiderano.

L'iperemia attiva per tal modo ottenuta e protratta per molte ore determina una serie di fenomeni locali favorevoli:

«contro i germi patogeni e contro i prodotti tossici da essi e per essi sviluppati in loco»;

«in pro degli elementi cellulari dei tessuti, a maggiore difesa di quelli ancora indenni, a più attiva e rapida riparazione di quelli già offesi, a più vivace reazione istogena».

L'iperemia *attiva* è una condizione che già esiste in una regione quando sia stata invasa da patogeni. L'elemento ematico è senza dubbio il primo ad intervenire istituendo un movimento *in loco* di sangue assai vivace caratterizzato da una più o meno *attiva* iperemia: per essere più esatti conviene rammentare anzi che l'iperemizzazione non avviene cogli stessi caratteri in tutta quanta la zona affetta perchè mentre in talune parti la circolazione si svolge da prima con grande rapidità, in un secondo tempo si compie con una certa lentezza (iperemia passiva); ciò avviene specialmente nella compagine dei tessuti dove sono allogati i germi verosimilmente perchè il circolo rallentato facilita la fuoruscita dai capillari degli elementi figurati del sangue e del plasma sanguigno, destinati i primi ad isolare e distruggere gli agenti flogogeni solidi, il secondo ad esplicare specialmente una funzione antitossica contro i veleni elaborati dai batteri.

Ma se nella zona direttamente invasa dai germi la circolazione si compie con una certa lentezza, subito al di fuori di questa zona nella immediata vicinanza domina sempre una intensa iperemia *attiva*. Dal che consegue che tutto il fenomeno circolatorio che si estrinseca colle due modalità iperemizzanti, costituisce il mezzo essenziale di cui la natura si giova nella opera di difesa contro l'infezione: e mentre nella zona direttamente invasa dai germi opera l'iperemia *passiva* a ridosso di questa zona vi è una larghissima regione in cui domina l'eperemia *attiva* che agisce ai mezzi difensivi dell'organismo in duplice modo:

«prima con l'alimentare la zona d'iperemia passiva fornendola di tutti gli elementi di ricambio figurati e liquidi destinati alla lotta diretta contro i germi:

La soluzione *B*) è indicata in casi di copiosissima essudazione quando i secreti della lesione tendono a depositarsi in forma di poltiglia più o meno densa in seno alla ferita: il citrato di soda avrebbe specialmente l'ufficio di disgregare gli essudati solidi e di facilitarne l'allontanamento della ferita perchè questa si mantenga sempre il massimo possibile detersa e quindi in condizioni più favorevoli per avvertire l'influenza esosmotica della soluzione.

«in secondo luogo col creare *a ridosso* del focolaio infiammatorio come una capsula di tessuti dove tutti i processi biologici si svolgono con un massimo di vivacità, sia per quanto concerne la respirazione dei tessuti come la loro assimilazione e disassimilazione».

Questo è il fenomeno naturale che conviene utilizzare nella terapeutica delle infezioni chirurgiche e delle ferite infette in particolare, fenomeno che si porta con certezza col bagno caldo prolungato ad un massimo di rendimento: si effettua in tal modo quel programma curativo delle infezioni cui accennava prima caratterizzato dalla utilizzazione di forze che agiscono sul focolaio secondo provvedimenti biologi operanti sopra tutto dallo *interno verso l'esterno, dalla profondità verso la superficie*. Con questo metodo si mette in grande efficienza:

un'antisepsi espulsiva cellulare ed umorale, collegata con

un lavorio intenso, plasmatico ed istologico, di difesa prima e poi di restaurazione.

Sul trattamento delle gravi infezioni chirurgiche con speciale riguardo alla cancrena gassosa.

PUGLISI STEFANO (Roma). — Le complicazioni settiche delle ferite frequenti al principio della guerra europea sono andate facendosi sempre più rare, perchè al criterio che, fondato sui brillanti risultati della chirurgia asettica, riteneva la maggior parte delle ferite d'arma da fuoco suscettibili di decorso asettico, si è andato man mano sostituendo quello che la maggior parte di tali ferite debbono considerarsi infette e che perciò la terapia deve sforzarsi di sterilizzarle. Quindi non solo occorre evitare che giungano nella ferita nuovi germi dall'esterno, ma è necessario far scomparire quelli che sono annidati nell'interno, obbietto che si può solo raggiungere accoppiando all'azione degli antisettici un intervento chirurgico attivo, che varierà volta per volta, caso per caso, ma che sempre avrà per iscopo di asportare i corpi estranei, di mettere allo scoperto le anfrattuosità della lesione, di drenare i recessi, di sbrigliare le zone infiltrate.

Numerosi sono gli antisettici sui quali i chirurgi man mano hanno rivolto la loro attenzione, ma più di tutti sono stati adoperati gli ipocloriti, perchè essi in contatto con l'albumina formano una cloramina antisettica per sè stessa. Specialmente usato è l'acido iplocloroso ottenuto secondo il processo di Dakin. La concentrazione della soluzione, che in un primo momento deve essere abbastanza forte, deve diventare più debole man mano che la ferita diventa granuleggiante, per non impedire la fagocitosi ed ostacolare il processo di cicatrizzazione.

Anche l'O. si è avvantaggiato nelle ferite gravemente settiche dell'uso del liquido di Dakin adoperato secondo le norme del Carrel, ma può affermare di avere risultati non inferiori e certamente

superiori nella cancrena gassosa, con una soluzione idro-alcoolica di formalina, adoperata abbondantemente per irrigazioni prolungate della ferita e per impacchi caldo-umidi.

La soluzione è così composta:

Formalina	gr.	20
Alcool	»	200
Acqua sterile	»	800

Sotto l'azione di tale antisettico, avendo cura di assicurare la fognatura della lesione con ampii sbrigliamenti o con opportuni drenaggi, provveduto a che la medicatura si mantenga umida avvolgendo la parte con boudruche e con uno strato di ovatta americana, in modo da determinare un'intensa iperemia locale, insistendo in frequenti ricambi della medicatura stessa, le lesioni gravi accompagnate da vaste perdite di sostanza, da estese lacerazioni muscolari, con bordi fortemente contusi, hanno frequentissimamente decorso non settico, ed è possibile praticare qualche volta la sutura secondaria.

Si è discusso se convenga mettere garza nella ferita. L'O. crede che nessun materiale possa meglio adattarsi a tenere divaricati tutti i recessi di una ferita gravemente settica, a superficie irregolare ed anfrattuosa, e che non deve preoccuparci il fatto che sulla garza stessa si accumuleranno germi, poichè questi saranno sempre in numero inferiore e meno virulenti di quelli che si trovano su tutta la superficie della lesione, specialmente se si avrà cura di rinnovare spesso la medicatura. È necessario però zaffare sempre lassamento e porre, quando si tratta di lesioni vaste e profonde, uno o più drenaggi tubulari.

Nei casi di cancrena gassosa, quando non si tratta proprio di forme massive interessanti tutto l'arto, per le quali l'amputazione precoce rappresenta tuttora il mezzo più opportuno di trattamento, anche nelle forme estese e profonde, dopo aver praticato ampie incisioni parallele su tutto il focolaio infetto, le abbondanti e prolungate e intermittenti irrigazioni colla soluzione idro-alcoolica di formalina, il cui potere antisettico è esaltato da quello grandissimo di penetrazione, agiscono in maniera meravigliosa specialmente quando sono associate ad iniezioni parenchimali limitanti della soluzione indicata, ma in cui la quantità dell'acqua sia ridotta a metà. È necessario tamponare bene, ma lassamento tutte le soluzioni di continuo che il trattamento chirurgico ha determinato, e tutte le anfrattuosità del focolaio traumatico primitivo, ponendo anche tutti quei drenaggi tubolari che si crederanno necessari. Finchè l'infezione non sia estinta o non sia terminata l'eliminazione dei tessuti necrotici, l'impacco caldo-umido antisettico completerà ogni medicatura.

Venendo ora a qualche particolare, nelle ferite degli arti, quando una lesione ossea complica una ferita trasfossa o chiusa da proiettile di fucile senza perdita di sostanza dei tessuti nè infiltrazione dei medesimi, è sufficiente praticare l'immobilizzazione più rigorosa che è possibile dell'arto, senza preoccuparsi di fare la disinfezione del focolaio di frattura nè del tragitto delle parti molli e senza praticare alcuna esplorazione. Invece quando una lesione ossea complica una ferita che presenta perdita di sostanza delle parti molli, lacerazioni muscolari più o meno accentuate, occorre disinfettarla più completamente ed accuratamente che è possibile, praticando incisioni liberatrici che permettano di dominare il focolaio, asportando i corpi estranei, il terriccio, ed i frammenti d'abito, le scheggie libere, non toccando quelle in qualsiasi modo aderenti. Applicata la medicatura occorre provvedere ad una immobilizzazione rigorosa della medicatura.

Le stesse norme l'O. ha seguite con vantaggio nelle lesioni articolari. Quando però trattasi di lesione dell'articolazione del ginocchio conviene praticare precocemente l'artrotomia ampia ed immediatamente non appena l'artrite purulenta si è indovata. Così si avranno splendidi risultati, mentre un ritardo non fa altro che aggravare lo stato generale dell'infermo, fino alla morte per setticemia, quando l'amputazione non riesce a dominare la scena.

In tutte le ferite del cranio, sia la frattura complicata o meno a spostamento dei frammenti, è necessaria la trapanazione immediata. Tale intervento è benigno ed efficace, purchè sia praticato in ambiente adatto, con i mezzi necessarii e precocemente, poichè dopo la comparsa della meningoencefalite è inutile. Durante l'atto operativo è bene usare gli antisettici anche in soluzione abbastanza concentrata, ed assai utile riesce un tamponcino imbevuto di alcool formalinizzato, che si lascia in *situ* per qualche minuto, poichè le meningi e il cervello sopportano tali sostanze ammirevolmente. Bisogna ricordarsi però di fare soltanto lo stretto necessario, di non praticare esplorazioni e di non procedere alla ricerca sistematica dei corpi estranei.

Tali norme non possono essere applicate che in formazioni sanitarie dotate di una certa stabilità, cioè negli ospedaletti da campo e nelle ambulanze chirurgiche. È necessario perciò che i feriti i quali presentano lesioni estese o complicate degli arti, insieme ai cranici, siano ivi inviati al più presto, perchè possano ricevere le cure opportune.

Solo in tal maniera può assicurarsi un decorso favorevole alle lesioni infette e possono ridursi al minimo le complicazioni settiche delle ferite di guerra e adottare i sani criterii di una chirurgia conservativa che è, e deve essere, l'aspirazione di ogni chirurgo che sente la sua missione umanitaria e sociale. Quindi la necessità di specializzare il più possibile, in ospedali esclusivamente chirurgici, opera già lodevolmente avviata, le unità sanitarie avanzate, ove le sezioni di sanità possano sgombrare rapidamente i feriti e ove questi possano ricevere, senza ulteriori spostamenti, un trattamento chirurgico adeguato fino al momento in cui le condizioni della ferita diano sicuro affidamento di un decorso favorevole.

L'oro colloidale nelle setticemie.

Lay Efisio (Roma). — L'O. ha voluto sperimentare l'oro colloidale (collobiase d'oro) in tre casi di setticemia, ed ha ottenuto risultati eccellenti.

In un caso si è trattato di setticemia da bacillo di Eberth (in un soldato che, convalescente di tifo, ammalò di vasto ascesso alla radice della coscia, e — qualche giorno dopo l'intervento operativo — presentò il quadro classico della setticemia); in un secondo caso, di setticemia da paratifo B (in un soldato operato di cisti da echinococco suppurata del fegato); nel terzo caso, di un soldato ferito da pallottola esplosiva al braccio destro (nel quale però non furono potute fare ricerche batteriologiche).

L'oro colloidale è stato iniettato per via endovenosa nella dose seguente: 25 centesimi di milligrammo d'oro per volta, corrispondente ad un centimetro cubico di collobiase. Le iniezioni sono state fatte a distanza di 24 ore l'una dall'altra.

Subito dopo ogni iniezione si è avuto forte innalzamento di temperatura (di 2 gradi circa) e poi rapido abbassamento, al di sotto di 37° C, con profuso sudore e notevole senso di benessere.

In ognuno dei tre infermi sono state sufficienti tre iniezioni di collobiase d'oro, per guarirli dalla setticemia. Ed interessante in questi infermi è stato anche il comportamento delle ferite. Esse, fin dalla prima e seconda iniezione, si sono deterse, si sono poi ricoperte di buone granulazioni, e si sono così avviate molto rapidamente verso la guarigione. Nessun accenno di intolleranza del medicamento si è verificata da parte dell'organismo.

L'O., non sapendo a che attribuire l'azione benefica dell'oro colloidale, ha voluto fare (nel laboratorio batteriologico della Iª Armata) delle ricerche in vitro. Ha sottoposto delle emulsioni di culture di bacilli del tifo, del paratifo A e del paratifo B, di bacilli di Koch, di streptococco, stafilococco albo e aureo, di b. coli, all'azione diretta dell'oro colloidale, ed ha visto che — anche dopo 10 ore di permanenza di detti germi a contatto dell'oro colloidale — essi germi si mantenevano vivi non solo, ma conservavano inalterata la loro virulenza.

L'O. conclude affermando che l'oro colloidale, somministrato per la via delle vene, è stato ottimo rimedio nei tre casi di setticemia da lui trattati. Esso preparato non agirebbe direttamente sui microrganismi, ma rafforzando i poteri di difesa dell'organismo. È assolutamente innocuo, e somministrato a individui sani non dà reazione.

Sulla gangrena gassosa.

Rocchi Giuseppe (Bologna). — L'O. rammenta come dal 1908 si occupi della etiologia delle varie infezioni a tipo putrido e gangrenoso. Con Rodella e Jungano è stato uno dei primi in Italia a confermare la grande importanza che i germi anaerobici hanno in tali infezioni. Con Rodella si è occupato degli anaerobii butirrici che, come si sa, sono i principali fattori della gangrena gassosa. Durante la guerra attuale egli ha studiati i casi di infezione gangrenosa che sono pervenuti nella Clinica di Bologna.

L'O. rammenta inoltre come le ricerche moderne sulle ferite di guerra infettate dimostrano nei primi giorni la presenza di germi anaerobii che poi sono seguiti da germi aerobii, di modo che si può dire che la maggior parte delle ferite infettate di guerra passano per uno stadio gangrenoso con e senza pus. Da questo tipo di gangrena limitata alla gangrena vera invadente e massiva si trova tutta una serie di forme varie per intensità e caratteri. L'O. non è molto partigiano di tutte le distinzioni di gangrena gassosa che si è soliti fare.

Fortunatamente, mentre nelle ferite di guerra infettate l'infezione anaerobica è frequente, è invece abbastanza rara l'invasione anaerobica come si ha nella gangrena vera invadente massiva. Perchè abbia luogo questa forma morbosa occorrono diverse circostanze, come la virulenza del germe, lo stato speciale della ferita con piccolo foro cutaneo e grande disfacimento all'interno, permanenza all'interno di vestimenta o di terriccio, estese lesioni muscolari: il germe anaerobio predilige il muscolo devitalizzato, come si ha in casi di lesioni vasali, di permanenza lunga del laccio emostatico, di allacciatura del vaso principale della regione, e nei casi in cui i tessuti, gonfi per stravasi sanguigni, siano compressi da fascie anelastiche... aponeuretiche.

Nei militari feriti ricoverati nella Clinica di Bologna l'O. ha studiato varî casi di flemmone gassoso e 5 casi di gangrena massiva invadente. Di questi 5 casi 2 trattati con cura generosa mutilante guarirono, 3 ugualmente trattati con cura mutilante generosa ebbero esito letale. In 4 casi l'O. ha trovato il b. perfringens; in un caso il vibrione settico.

L'O. avrebbe molte considerazioni di indole generale e ricerche speciali da comunicare: per brevità ne rammento le principali.

Emocultura anaerobica. — L'O. applica per l'isolamento dei germi anaerobii nel sangue il metodo Conradi-Kaiser per gli aerobii. Fa culture del sangue in bile all'1 % di glucosio, con pezzetti di muscolo: fa l'anaerobiosi col metodo Biffi.

Reperto batteriologico. — L'O. ha isolato in un caso di gangrena gassosa per lesione dei vasi poplitei senza soluzione di continuo della cute il B. *putrificus* del Bienstok.

Azione delle autotossine del B. bifido sui germi anaerobii. — L'O. ha trovato che le vecchie culture di b. bifido impediscono la putrefazione del b. putrifeco del Bienstek e del b. perfringens.

Ricerche sierodiagnostiche fra i principali anaerobii butirrici. — L'O. tanto colla prova dell'agglutinazione quanto con quella della deviazione del complemento non solo non ha trovato corrispondenze sierodiagnostiche fra germi anaerobii butirrici di uno stesso gruppo, ma nemmeno di germi di uno stesso stipite. Secondo l'O. ciò può spie-

gare le difficoltà enormi della sieroterapia e della vaccinoterapia della gangrena gassosa.

Radiogrammi di gangrena gassosa. — L'O. mostra radiogrammi di gangrena massiva e di flemmoni gassosi, e ne dimostra l'importanza per la diagnosi e la delimitazione di sede della malattia.

L'elioterapia nei feriti di guerra.

MAGRASSI ARTEMIO (Brescia). — L'O. afferma che l'elioterapia non deve essere trascurata come cura dei feriti di guerra, anche in considerazione della tenua spesa che richiede. In Francia e in Inghilterra essa è stata adottata su larga scala anche appunto per i feriti di guerra. A Gambridge, ad es., vi è un grandioso ospedale in cui ammalati e feriti vengono tenuti in corsie aperte, senza pareti verso mezzodì, per guisa che l'aria e il sole rappresentano l'elemento fondamentale della cura.

L'O. ha avuto l'occasione di applicare la cura della luce solare a un numero notevole di feriti, dapprima in un ospedale da campo, in seguito nell'ospedale territoriale n. 2 della Croce Rossa in Brescia: ampie breccie suppuranti delle parti molli, fratture comminutive suppuranti complicate, monconi d'amputazione in preda ai più svariati processi di sepsi. La medicazione, dopo ogni seduta elioterapica, consisteva in semplice garza asettica asciutta: le applicazioni venivano fatte giornalmente, a grado a grado per quello che riguardava la durata delle sedute e l'estensione della superficie esposta. Alla cura solare dei focolai ha sempre associata la cura generale, facendo procedere, negli ammalati che giacevano da lungo tempo negli ospedali, un conveniente periodo di acclimatazione all'aria libera.

I risultati ottenuti furono veramente meravigliosi, come l'O. non crede si possano avere con l'uso dei più svariati antisettici, poichè al rapido miglioramento nelle condizioni settiche delle ferite e del focolaio di frattura si è sempre associato un miglioramento non meno rapido e notevole nelle condizioni generali dell'ammalato.

L'O. si augura perciò che tale metodo venga usato anche da noi con maggiore larghezza e con maggiore confidenza, naturalmente non trascurando tutti quegli altri sussidii che possano a volte a volte rendersi necessarii.

A proposito delle profilassi delle infezioni nelle ferite e della cura delle ferite infette.

CAMERA UGO (Zona di guerra). — L'esperienza chirurgica di questa guerra dimostra che la maggior parte dei mutilati anatomici e funzionali, la maggior parte dei decessi è dovuta più che alla gravità del trauma alle varie complicazioni settiche.

Due sono le condizioni più favorevoli allo sviluppo della sepsi:

1° grave lesione e distruzione di tessuti;

2° inquinamento da parte di materiali estranei, e fra questi il più pericoloso è rappresentato dal panno del vestito del soldato.

Questi due momenti sepsogeni si trovano quasi sempre associati nelle ferite prodotte da proiettili d'artiglieria od affini; quindi su di queste ferite deve esercitarsi la profilassi più accurata.

La profilassi più razionale è quella di allontanare al più presto quelle condizioni che possono favorire l'insorgere dell'infezione, ed il raggiungimento di questo scopo in tali ferite non può essere dato che da un intervento precoce, sistematico, praticato nel focolaio della ferita, intervento inspirato ad allontanare materiali estranei, a modificare favorevolmente le condizioni della ferita coll'asportazione dei tessuti necrotizzati, coll'abolizione dei recessi, delle anfrattuosità, di quelle lacune stagnanti, chiuse, che offrono un pascolo squisito ai microrganismi patogeni, coll'istituzione di un buon drenaggio dal focolaio della ferita.

Quando è leso lo scheletro bisogna essere parcissimi nella rimozione delle scheggie ed asportare solo quanto è sufficiente per assicurare un buon drenaggio della cavità midollare.

Nelle lesioni delle grandi articolazioni (sempre per quelle prodotte da proiettili d'artiglieria od affini) un'artrotomia praticata a scopo profilattico può prevenire l'artrite suppurata e le sue dolorose conseguenze.

Questa apertura dell'articolazione deve essere ampia per quel che riguarda l'estensione del taglio, economa per quel che riguarda l'integrità dell'apparato legamentoso.

Nelle ferite già in preda a processi settici è solo la completa messa a nudo di tutto il focolaio settico, una toilette ed una disinfezione accurata delle ferite, un buon drenaggio, che ci possono dare una proficua azione terapeutica.

Come antisettico l'O. dà la preferenza al Clorosol Giannettasio.

Nei casi di cancrena gassosa pratica la dissezione anatomica completa dei muscoli delle loggie colpite dal processo, imballando poi i singoli muscoli in compresse bagnate d'acqua ossigenata. Questa dissezione permette di dominare completamente le vie seguite dal processo nella sua diffusione, cioè gli interstizii muscolari e gli spazii perivasali e perinervosi.

Tutti questi interventi sia profilattici che curativi avranno tanta maggiore efficacia quanto più precocemente saranno applicati; però richiedono una mano esperta ed abile, la mano di un chirurgo di carriera.

Siccome solo un trattamento iniziale oculato, abile, opportuno può, nel limite del possibile, garantire vite, arti, funzioni, così è specialmente nelle unità sanitarie avanzate che si può compiere la opera più utile ai destini del ferito: è quindi là che debbono convergere le energie chirurgiche dell'Italia nostra.

Dott. L. C. ZAPELLONI.

In preparazione:

Numero monografico sulle malattie provocate e simulate.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Morte improvvisa in un tracheotomizzato, in seguito a decannulazione.

Sono stati pubblicati casi di morte improvvisa in seguito ad estrazione della cannula in tracheotonizzati, e sono state emesse in proposito ipotesi svariate. Così Forgue e Reclus considerano come ostacolo alla decannulazione la cordite inferiore, caratterizzata da una infiltrazione cronica delle corde vocali; Köhl pensa ad uno spasmo della glottide e ad una paralisi funzionale dei dilatatori; Moure attribuisce l'ostacolo ad una infiltrazione cronica della regione sopraglottidea e alla immobilizzazione delle aritenoidi in posizione mediana. Come cause accessorie Moure stesso nota la necrosi degli anelli cartilaginei l'incisione laterale, che favorisce lo scivolamento delle labbra della ferita, la stenosi cicatriziale e l'esistenza di bottoni mucosi nell'interno della trachea, ce ne restringono il lume e impediscono il passaggio dell'aria. Accanto alle cause anatomiche v'ha chi, come Lancereaux e Gaillard pensano possa verificarsi un fenomeno di vera inibizione, con punto di partenza nel laringe.

M. Courtois-Suffit e R. Giroux (*Paris Méd.*, 9 settembre 1916) riferiscono un caso di loro osservazione, nel quale la causa della morte è chiaramente spiegata dal reperto anatomico. Si tratta di un soldato ferito al laringe e tracheotomizzato, il quale dopo qualche tempo dall'atto operativo, quando già trovavasi in buone condizioni e godeva di un permesso di sette giorni, improvvisamente fu assalito da dispnea.

Spontaneamente si levò la cannula, e ricorse ad un medico pratico; nell'assenza di questo, fu chiamato d'urgenza un altro medico, ma questi giunse quando il soldato era morto, L'autopsia fece constatare:

1° la cannula tracheotomica quasi ostruita da muco disseccato;

2° oltre alla ferita tracheotomica e alla cicatrice della ferita da arma da fuoco del laringe, sulla parte posteriore destra del condotto laringo-tracheale, *un bottone mucoso, della grandezza d'una nocella, che formava come un piccolo tumore-peduncolato*, mobile nel condotto aereo, e capace di essere tollerato sotto l'azione d'una corrente di aria espirata.

Così gli Aa. ricostruiscono la causa di morte:

La cannula di Krishaber si è ostruita a poco a poco determinando un ostacolo all'ingresso dell'aria; per un atto istintivo allora il paziente ha bruscamente ritirato la cannula, sperando di respirare attraverso l'apertura tracheotomica. Durante qualche istante il paziente ha potuto respirare, ma poi il piccolo tumore mucoso s'è sollevato al passaggio dell'aria espirata, durante i bruschi movimenti espiratori, ed è venuto a chiudere il canale tracheale.

L'ostruzione è divenuta completa e la morte per asfissia è stata rapida. L'autopsia ha rivelato infatti nel resto le note d'un'asfissia acuta.

Certo il reperto anatomico non può spiegare il meccanismo di tutte le morti improvvise, in seguito a decannulazione; ma rende prudenti nell'accettare le ipotesi sull'origine funzionale di esse: l'anatomia patologica deve essere il fondamento positivo o negativo della spiegazione della morte improvvisa in seguito a decannulazione.

t. p.

La morte timica.

La morte timica è una delle diagnosi meno soddisfacenti, che si fanno nei casi di morte improvvisa in bambini; si dice che i pazienti abbiano sofferto in antecedenza di uno stato patologico detto appunto timico, linfatico o timicolinfatico.

Tale morte può accadere in modi diversi: talora subito dopo la somministrazione di un anestetico; oppure in seguito ad un accesso dispnoico (asma timico); talvolta i bambini muoiono subitamente nel sonno, in un attacco di bronchite o diarrea, o durante il decorso di una malattia qualsiasi (rachitide).

Non sempre i medici ed i chirurghi hanno riconosciuto l'esattezza di tale diagnosi, che è invece favorita dai patologi, per i quali la presenza di un timo ipertrofico o di un sistema molto sviluppato di ghiandole e follicoli linfatici offre una spiegazione sufficiente per una morte, d'altra parte inesplicabile. Talora queste morti sono state anche attribuite a shosk anafilattico.

Secondo Hammar (riferito da un giornale svedese in *Lancet* del 21 ottobre) la morte timica è stata attribuita ad iperplasia della sostanza midollare del timo, ovvero ad una sproporzione fra la sostanza corticale e midcllare.

L'A. ha fatto delle osservazioni microscopiche su 16 casi di morte timica ed ha rivolto speciale attenzione alla quantità relativa della

sostanza corticale e midol'are, al tessuto interstiziale, ed al numero assoluto e relativo dei corpusoli di Hassal, in quanto che la morte timica è stata recentemente attribuita ad una eccessiva epitelizzazione (o deposito dei corpuscoli di Hassal) nella ghiandola.

In tutti i casi osservati dall'A. vi era ipertrofia del timo. Questa ghiandola nel neonato normale pesa 9-23 grammi (in media 13) e contiene circa 800,000 corpuscoli di Hassal (da 500,000 a 1,300,000). Fra 1 e 5 anni il peso è di 14-31 gr. (in media 25) ed il numero dei corpuscoli di 600,000 a 1,900,000 (in media 1,100,000). Ora anche in casi di morte timica, non v'è nulla che indichi l'abnorme funzione di tale ghiandola e le variazioni istologiche rientrano in quelle normali. L'A. ritiene quindi che si debba togliere ogni responsabilità al timo per tali morti improvvise, ricercando le cause nel sistema generale endocrino. FIL.

Diagnosi rapida della morte.

Il dott. A. Satre (*Presse Médicale*, 4 dicembre 1916), osserva che primo dovere del medico che sulla diagnosi della morte di un individuo abbia un dubbio, sia pur minimo, è quello di non perder tempo per stabilire con sicurezza la diagnosi, ma di applicar subito tutti i metodi conosciuti per richiamare in vita (respirazione artificiale, insufflazioni, trazioni linguali).

Ma fino a quando dovrà perseverare nei suoi tentativi: a qual momento dovrà considerar vani i propri sforzi?

Laborde, autore della trazione ritmica della lingua come trattamento della morte apparente, asserisce esser tale sistema applicabile anche alla diagnosi della morte, considerandone l'esito negativo come simbolo certo. Ma il difetto di tale metodo consiste appunto nella mancanza di un limite netto di tempo al di là del quale sia sicuramente vano ogni tentativo.

Utile invece a tale scopo è il sistema d'Itard consistente in un'iniezione sottocutanea nella regione epigastrica di fluoresceina (2 gr. di fluoresceina in 10 cmc. di soluzione alcalina al quinto) la quale, se la circolazione non è completamente abolita, quand'anche i battiti cardiaci siano così deboli da non esser percepiti dall'orecchio più esercitato, viene trasportata in circolo e grazie alla sua estrema diffusibilità impregna i tessuti colorando in giallo intenso cute e mucose, e in verde smeraldo gli occhi.

Consigliabile è anche il sistema di Ambard e Brissmoret fondato sulla reazione acida che assumono dopo la morte fegato e milza, mentre la loro reazione è sempre alcalina finchè dura la vita.

La tecnica di tale prova consiste nell'introdurre nel fegato o nella milza un ago sottile lungo 7 o 8 cm., montato sopra una siringa di Luër. Si eserciterà una forte aspirazione durante l'introduzione e nel primo tratto della fuoriuscita dell'ago e non si abbandonerà lo stantuffo che al momento in cui si sta per toglierlo dal corpo.

Rimarrà così nel lume dell'ago un po' di sangue e un po' di polpa. Se la morte risale a parecchie ore basterà posar polpa e sangue sopra una carta bleu di tornasole per avere immediatamente la caratteristica macchia rossa.

Se la morte risale a meno di due ore si dovrà prima trascinar un poco la polpa sulla carta per liberarla dal sangue che potrebbe per la sua alcalinità mascherare la reazione.

Mezz'ora dopo avvenuta la morte, è già evidente. G. M.

TERAPIA.

L'emetina nella cura delle emorragie viscerali.

Ho adoperato sistematicamente in questi ultimi anni il cloridrato di emetina in casi di emottisi, ematemesi, e sopratutto di enterorragie nel corso del tifo addominale. Non ne vidi mai inconvenienti; ne ritrassi spesso effetti sorprendentemente buoni; tanto che ora nella pratica mia ho, per esempio, sistematizzato così la cura delle enterorragie dei tifosi:

1° appena si pronuncia l'enterorragia un'iniezione endovenosa di 6 centigr. di cloridrato di emetina (in 3 cc. di acqua distillata);

2° poi applicazione della vescica di ghiaccio al ventre, somministrazione per bocca quotidianamente di 2-3 pillole di oppio (dosate a 2 centigr.) e di limonea cloridrica con cloruro di calcio (3 gr. pro die), iniezioni sottocutanee di cloridrato di emetina, in modo da raggiungere la dose giornaliera di 18 centigr.;

3° occorrendo fleboclisi con siero glucosato e gelatinato secondo la formula dello Schiassi, e, per via rettale, siero normale di cavallo;

4° le iniezioni di cloridrato di emetina vengono continuate per parecchi giorni, diminuendone gradualmente la dose; l'oppio viene sospeso appena possibile, ed è indicazione per continuarne l'uso il persistere della diarrea, per sospenderlo l'aumento del meteorismo intestinale.

Con tale metodo di cura, chi scrive, in una serie di 24 casi di enterorragia in tifosi, osservati nel triennio 1914-1915-1916 (21 nella Sala S. Andrea da lui diretta all'Ospedale Maggiore di Milano, 3 nella sua pratica privata),

ebbe 6 casi con esito letale e 18 casi con esito in guarigione. Ed è a notarsi come dei 6 casi con esito letale uno riguardi un'ammalata la quale incominciò subito ad emettere sangue in quantità enorme e morì in quattro ore dopo aver fatto appena una sola iniezione di emetina (ipodermica, di 8 centigr.) — uno riguarda un caso nel quale all'enterorragia (che era completamente cessata in seguito alla cura) seguirono fatti di collasso rimasti immodificati non ostante ripetuti interventi con ipodermoclisi, fleboclisi, analettici e cardiotonici non esclusa l'adrenalina — uno riguarda un caso nel quale all'enterorragia si associò una classica sindrome di peritonite da perforazione — uno infine riguarda un caso nel quale l'enterorragia apparve come una delle manifestazioni di una gravissima condizione di diatesi emorragica, in quanto contemporaneamente si ebbero a notare epistassi ripetute, emorragie gengivali, imponenti emorragie vescicali, porpora emorragica; in questo caso di tio tipico, con siero, diagnosi nettamente positiva e ulceri tifose intestinali constatate all'autopsia, l'esame colturale del sangue, praticato negli ultimi giorni di vita, in coincidenza colla comparsa delle manifestazioni emorragiche, diede luogo a sviluppo di stafilococco piogene aureo. — Per contro nel biennio 1912-1913, nella Sala S. Andrea all'Ospedale Maggiore di Milano, chi scrive ebbe a curare 7 casi di enterorragie in tifosi con iniezioni di ergotina, ghiaccio ed oppio: ebbe 2 esiti in guarigione e 5 letali. La mortalità nei casi curati coll'emetina, pur non tenendo conto delle riserve sopra esposte, sarebbe risultata del 25 %; nei casi curati coll'ergotina, il ghiaccio e l'oppio, invece, pur tenendo conto che in uno dei casi ad esito letale la morte avvenne tardivamente per complicazioni e ad enterorragia cessata, la mortalità sarebbe risultata del 57 %.

Anche nelle gastrorragie da ulcera gastrica, nella melena da ulcera duodenale, nella gastrorragia da sifiilide gastrica nelle comuni emottisi dei tubercolosi, a chi scrive i risultati della cura coll'emetina apparvero soddisfacenti: mentre nulli apparvero gli effetti del rimedio nelle nefriti emorragiche e nelle emorragie emorroidarie. Chi scrive ebbe ancora occasione di esperimentare le iniezioni di cloridrato di emetina, per via endovenosa e per via ipodermica, in dosi alte e protratte, nella leucemia mieloide cronica, nella dissenteria famigerate amebe di Löwit?), nella dissenteria bacillare, nell'enterocolite dissenteriforme da colibacillo; ma non ne ottenne effetti apprezzabili sul decorso del processo morboso, quantunque tanto in un caso di dissenteria bacillare come in un caso di enterocolite dissenteriforme da colibacillo abbia visto le scariche perdere prontamente il carattere emorragico.

Dott. VITTORIO RONCHETTI.

La tossicità del cloridrato di emetina.

R. Dalimier (*La Presse médical.*, n. 4, 1917) osserva che da quando Roggers ebbe la felice idea di sostituire nel trattamento della dissenteria amebica l'emetina alla ipecacuana, questo alcaloide ha preso molto rapidamente un posto considerevole. Altri autori hanno posto a profitto non più l'azione parassiticida dell'emetina, ma le sue proprietà fisiologiche, che interessano il riflesso vasomotorio viscerale (vasocostrizione polmonare, intestinale, ecc.). Quindi alcuni hanno con vantaggio usata l'emetina nelle emottisi, nelle emorragie intestinali della febbre tifoide ed in tutte le infezioni pleuro-polmonari.

Il suo studio tossicologico ha al contrario infinitamente meno preoccupati gli autori di quello delle sue proprietà e delle sue indicazioni terapeutiche, ed anche oggi la più grande incertezza regna sulla posologia di questo medicamento. Alcuni difatti l'usano alla dose di 2-4 cgr. per via sottocutanea, altri alla dose di 10-15 cgr. del pari per via sottocutanea, ma ripetuta solo per 2-3 giorni consecutivi, altri infine non esitano ad iniettare in una sola volta nelle vene 15-20 cgr. di emetina. D'altra parte la letteratura medica conta di già qualche caso di intossicazione da emetina, di cui uno particolarmente grave ed interessante.

Queste considerazioni hanno indotto l'autore a precisare sperimentalmente la tossicità del cloridrato di emetina. Per compiere questo studio ha usato un cloridrato di emetina assai puro, sciolto in un siero clorurato al 6 per mille, in modo da avere una soluzione al 2 per cento. Gli animali da esperimento furono il coniglio e la cavia. Fu ricercato in essi per via sottocutanea e per via venosa la dose tossica vera, cioè immediatamente, od assai rapidamente mortale. Fu così dimostrato che la dose tossica del cloridrato di emetina è per chilogramma di animale per via endovenosa 0.002 nel coniglio e 0.007 sulla cavia, e per via sottocutanea 0.03 nel primo, e 0,09 nella seconda, ciò che rappresenta una tossicità assai elevata e permette di porre, da questo punto di vista, l'emetina a lato della stricnina e del curaro. Si può di più rilevare che la tossicità per la via delle vene è circa 15 volte più elevata di quelle che si ha con la introduzione del medi-

camento sotto la pelle. Inoltre deve anche essere considerato il fatto che la cavia ed il coniglio non presentano la stessa vulnerabilità di fronte all'emetina; la cavia, qualunque sia la via di introduzione, è circa tre volte più resistente del coniglio.

Il cloridrato di emetina presenta una tossicità sperimentale molto elevata e fondandosi sulle cifre dell'A. le dosi, che corrisponderebbero all'uomo, sarebbero per la via delle vene gr. 0.12 come dose tossica e gr. 0.06 la dose sopportata e per cia sottocutanea gr. 1.80 la tossica e gr. 1.20 la tollerata. Non si deve però esattamente concludere dalla tossicità animale di un medicamento la tossicità umana: sembra, ad esempio, che nel caso particolare dell'emetina l'uomo sia molto meno sensibile dell'animale all'azione tossica.

Per quanto si riferisce alla intossificazione nell'uomo la letteratura medica non possiede che due osservazioni concernenti l'intossicazione emetinica, di origine terapeutica. Non si tratta però di tossicità vera, assoluta, immediata, come quella determinata sperimentalmente, ma di intossicazione lenta, risultante dall'impiego, più o meno prolungato, dell'alcaloide a scopo curativo.

Il primo di questi malati (caso di Zagane), non avendo raggiunto la dose tossica teorica, non ebbe che un accenno di intossicazione; il secondo al contrario (caso di Spehl e Colard), avendola oltrepassata, vide svolgersi sintomi gravi muscolari, riflessi, ecc. La corrispondenza dei risultati sperimentali nell'animale con le conclusioni rilevabili nell'uomo, fa pensare forse che l'emetina si accumula nell'organismo e che per la sua eliminazione occorre un tempo molto lungo.

Sembra adunque prudente in Clinica di portare una attenzione tutta speciale allo studio delle reazioni del malato, allorquando nel corso di un trattamento con emetina si arriverà alla dose di 1 gram.

Questa quantità costituisce la dose massima di sicurezza e quando si sarà raggiunta si ricercheranno i sintomi precursori della intossicazione: turbe motrici lievi, turbe della sensibilità e dei riflessi. Lo studio del polso e delle urine non sarà di grande aiuto, mentre quello della pressione arteriosa potrà rivelare soprattutto, se essa è congiunta con diminuzione dei riflessi corneali e patellari, la prima fase della intossicazione. Ad un grado più avanzato si noterà diminuzione della forza muscolare, in particolare a livello dei muscoli del collo, poi una accelerazione considerevole del polso e turbe gravi nei muscoli respiratori.

Si comprende di leggieri come l'elemento essenziale del trattamento della intossicazione consiste nella soppressione immediata dell'emetina. Si stabilirà al contrario una medicazione sintomatica e si prescriverà del tannino, malgrado nel caso di Spehl e Colard abbia sembrato quasi nullo il suo ufficio di neutralizzante gli alcaloidi.

P. C.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(802) *Rumori di origine endotica.* — Il dottor T. D. C. da P. chiede quale natura ed origine possono avere dei rumori di soffio ad un solo orecchio, sincromi perfettamente alle pulsazioni delle arterie; che, come queste pulsazioni, divengano più frequenti ed accentuati dietro un forte colpo di tosse, uno starnuto, uno sforzo qualsiasi; che, coperti di giorno dai rumori esterni, divengano udibilissimi di notte, specie poggiando sul guanciale l'orecchio sano, fino a rendersi noiosi e preoccupanti.

Alcuni caratteri accennati, e specialmente il perfetto sincronismo del soffio auricolare con le pulsazioni arteriose, fanno escludere che in simili casi si tratti di rumori soggettivi, quali si riscontrano presso a poco nei due terzi delle malattie d'orecchio e che non si producono per eccitamento specifico del nervo acustico — cioè per azione del suono — ma traggono origine da svariate irritazioni dell'apparato nervoso uditivo.

I rumori endotici del genere accennato, ossia di origine vascolare, derivanti dalla circolazione sanguigna — normale o meno — nei vasi della cassa timpanica, nella vena e nel golfo della giugulare, nella carotide, nel seno trasverso, sono provocati da dilatazione dei vasi dell'orecchio medio, da sporgenza del golfo della giugulare sul pavimento della cassa, così da risalire talora dietro al promontorio e giungere a contatto della chiocciola (come ho dimostrato in alcuni preparati anatomici); si hanno nella situazione superficiale del seno laterale, nell'aneurisma della carotide entro la cassa del timpano, nella cloro-anemia, ecc.

Nei singoli casi occorre conoscere l'età del soggetto, lo stato del cuore e della sanguificazione, lo stato dell'orecchio medio ed altri dati, ad aver modo di concludere per l'una o per l'altra delle varie possibilità; quindi è consigliabile, oltre che un accurato esame del medico generico, quello di un esperto otoiatra.

G. BILANCIONI.

(803) All'abbonato n. 8174:

La questione dell'ossaluria è stata trattata ampiamente da Loeper e Lambling al XIII Congresso francese di medicina; si possono trovare i resoconti sul *Policlinico*, Sez. pratica, 1912, pag. 1711, e sul *Monde médical* dello stesso anno.

Nelle opere recenti sulle malattie del ricambio potrà trovare trattata l'ossaluria, p. es., in UMBER, *Malattie del ricambio*, Unione tip.-ed. torinese, pagg. 414-429 ed anche in DEBOVE-ACHARD, *Maladies de la nutritiva*. Masson, Paris.

A proposito della dieta nell'ossaluria, da cui generalmente si eliminano i cibi ricchi di acido ossalico, sono interessanti le ricerche di De Sandro (*Policl.*, Sez., med., 1913 e altrove) che ha scoperto nelle feci di ossalurici due microorganismi, i quali ottengono acido assalico dagli idrati di carbonio.

Sarebbe quindi inutile proscrivere gli alimenti ricchi di tale sostanza, poichè l'origine potrebbe essere endogena. A. FILIPPINI.

(804) Il dottor Vito Caputo, di Melissano (Lecce), ci prega di volergli far conoscere un buon testo (possibilmente esteso ed illustrato) di odontoiatria, indicando il prezzo e l'autore.

Costituiscono un buon testo di odontoiatria i tre manuali-atlanti del dott. G. Preiswerk, professore all'Università di Basilea, insieme con quello del dott. P. Preiswerk-Maggi, dei quali abbiamo le seguenti traduzioni italiane, edite dalla Società Editrice Libraria di Milano:

Prof. G. PREISWERK: *Odontoiatria e malattie della bocca*, traduzione del dott. C. Platschick, L. 20;

Id., *Odontoiatria conservativa*, traduzione del Prof. G. Fasoli, L. 22;

Id., *Odontotecnica*, traduzione del Prof. A. Beretta, L. 22;

Dott. P. PREISWERK-MAGGI: *Chirurgia odonto-stomatologica*, traduzione del dott. G. Marin, L. 16.

Più breve, ma abbastanza completo, è il *Trattato di odontoiatria pei medici pratici e per gli studenti*, del dott. R. G. METNITZ, traduzione italiana del dott. A. Coulliaux, 2ª edizione, Ed. Francesco Vallardi, Milano, L. 10.

A. CHIAVARO.

(805) Al dott. F. P. da M., suggeriamo:

B. BANDELIER e O. ROEPKE. *Die Klinik der Tuberkulose*. Würzburg, C. Kabitzsch, 1902.

J. CASTAIGNE e F. X. GOURAND. *La tuberculose*. Paris, A. Poinat, 1912.

G. KUSS, in *Thérapeutique des maladies respiratoires*. Paris, Baillière et Fils, 1911. R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

VANSTEENBERGE e MICHEL. *Le febbri paratifoidi B*. Editore Félix Alcan, Parigi. Prezzo Fr. 9.

Questo libro, scritto in un ospedale del fronte, ospedale misto di Zuydcoote, è il risultato di numerose osservazioni fatte dagli AA. nel corso dell'epidemia di affezioni tifoidi dell'ultimo anno. Le circostanze speciali, nelle quali attualmente viviamo, non hanno consentito ricerche bibliografiche. Il campo di studio fu assai vasto: 5000 casi di malattie tifoidi furono osservati e trattati, con 1567 emoculture e più 12 mila sierodiagnosi.

Su questi 5000 casi, furono riscontrate 1088 febbri paratifoidi. Gli AA. hanno limitato il loro studio alla paratifoidi B. Studio etiologico, clinico, anatomo-patologico, batteriologico e terapeutico. Numerose grafiche termiche llustrano il loro libro, e forme cliniche nuove hanno potuto essere minutamente descritte. Le coliti paratifoidi furono oggetto di ricerche cliniche ed anatomo-patologiche molto interessanti.

Il trattamento della paratifoide B e delle affezioni tifoidi in generale è esposto a lungo, come pure con ricchezza di particolari è trattata la vaccinoterapia delle prime forme morbose. È un libro quindi che ha un interesse pratico notevole. P. C.

Per finire.

Un medico viene presentato da un amico:

— Il dott. Perez, distintissimo veterinario.

Egli commenta:

— Mi chiama così da quando ho l'onore di curarlo.

***

Il malato:

— Lei è l'unico medico che mi consiglia di restare in città. Tutti mi suggeriscono la campagna.

Il medico:

— Gli altri avranno più clienti di me.

***

Un tale diceva ad un celebre medico:

— Non so come non Le abbiano ancora data la commenda.

— Che vuole! Noi medici abbiamo tanti nemici in questo mondo!

— E nell'altro?

***

— Mi dica, signora: hanno prodotto buon effetto i bagni?

— Eccellente, dottore: tutt'e due le mie figlie hanno trovato marito.

(Dall'*España Médica*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI PARLAMENTARI.

Per gli ufficiali medici della classe 1878.

L'on. Joele aveva presentato una interrogazione al ministro della guerra per sapere se non ritenesse opportuno che le norme finora osservate per l'avvicendamento siano modificate in modo da potere restituire in zona territoriale anche gli ufficiali medici nati nel 1878, che si trovano in zona di guerra dall'inizio della campagna.

Il ministro della guerra ha così risposto:

« D'accordo con il Comando Supremo, intendenza generale e ministro della guerra, si è seguita finora la norma di richiamare in servizio presso la formazione sanitaria della zona territoriale quegli ufficiali medici che contino più di 40 anni di età e non meno di un anno di permanenza in zona di guerra.

Tale norma, che costituisce evidentemente un trattamento privilegiato per la classe sanitaria, in quanto che nessun'altra categoria di professionisti e di ufficiali ne è beneficiata, si effettua in condizioni particolarmente difficili per non turbare l'assestamento del servizio sanitario territoriale e perciò individuo a individuo, specialità a specialità, ma continua, pur fra le accennate difficoltà, tanto che finora sono stati avvicendati circa 700 ufficiali medici.

Non è assolutamente possibile scendere, almeno per ora, al di sotto del detto limite di età, dovendo provvedersi all'inquadramento di nuovi reparti di truppa, alla costituzione di nuove unità sanitarie, al ripienamento delle deficienze rappresentate dall'ordinaria quotidiana usura dell'organismo sanitario, nonchè al rimpatrio di quei medici in disagiatissime condizioni di famiglia giusta la circolare 543 del *Giornale Militare* 1916.

Si fa inoltre presente che, per la integrazione dei servizi sanitari civili e la sostituzione dei medici della classe 1884 e più giovani, già esonerati ma chiamati in servizio per effetto del decreto luogotenenziale 12 novembre 1916 n. 1529, vengono fatti rimpatriare anche ufficiali medici appartenenti alla classe 1880 e più anziane, purchè abbiano non meno di un anno di permanenza in zona di guerra e siano designati dalla prefettura nella cui giurisdizione i servizi sanitari civili, riconosciuti indispensabili, venivano a trovarsi scoperti per effetto del decreto succitato.

Per coprire infine quei servizi sanitari per i quali le prefetture non sono state in grado di fare alcuna designazione, sono stati interpellati tutti gli ufficiali medici in zona di guerra della classe 1880 e più anziane che gradirebbero le destinazioni stesse, e sarà naturalmente accordata la preferenza a quelli più anziani e che sono da più lungo tempo in zona di guerra.

Promozione degli ufficiali medici.

All'on. Brunelli sono state date le seguenti risposte:

I. Il Ministero della guerra, dopo aver studiata attentamente la quistione del conferimento dei gradi agli ufficiali medici di complemento, facendo anche tesoro dell'esperienza in materia fatta dalla Commissione addetta all'esame dei titoli di detti ufficiali, della quale fa parte il senatore professore Durante, concretò quelle norme che sono oggetto della circolare 734 del *Giornale Militare* del dicembre 1916, alle quali non crede più di apportare alcuna modificazione.

D'altra parte si osserva che dette norme danno alla pratica professionale tutta l'importanza che merita, tanto che gli esercenti da 15 anni, senza bisogno di alcun titolo, possono aspirare al grado di **capitano.**

(Analoga risposta era stata già data agli on. Zaccagnino e Gasparotto; cfr. fasc. 5, pag. 156).

All'on. Pucci è stato così risposto:

« La circolare 445 del *Giornale Militare* 1916 dette luogo ad innumerevoli reclami e proteste, tanto che questo Ministero fu costretto a sospenderne la applicazione perchè fossero studiate nuove norme per il conferimento dei gradi, in base a titoli accademici, agli ufficiali medici di complemento.

Dopo minuto ed attento esame della complessa quistione, questo Ministero, facendo anche tesoro della esperienza della Commissione sanitaria incaricata dell'esame dei titoli dei detti ufficiali, concretò le norme contenute nella circolare 734 del dicembre u. s. ».

Cronaca del movimento professionale

Aumento di stipendio a medici comunali. — Ad un invito rivolto dall'Ordine di Lucca a tutte le Amministrazioni di quella Provincia, perchè ai medici impiegati di Enti locali siano migliorate le condizioni economiche, per attenuare il disagio inerente alla guerra, il Comune di Bagni di Montecatini ha risposto comunicando che quell'Amministrazione ha stabilito che per la durata della guerra sia corrisposto un aumento dell'8 % agli stipendi superiori alle L. 2000 e del 10 % a quelli inferiori.

Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie.

LISTA DEL « POLICLINICO ».

Riporto come dal Fascicolo 50 (1916)	L.	2.778.70
Mingari dott. Nicolò, Zona di guerra	»	5.—
Contini dott. Albino, Anzio	»	10.—
Silvestrini prof. Luigi, Mirandola . .	»	10.—
De Paris dott. Augusto, Tripoli . . .	»	5.—
Dejana dott. Oreste, Zona di guerra .	»	5.—
Dott. Fiorini, Zona di guerra . . .	»	5.—
A riportarsi . . .		2.818.70

Riporto . . .		2,818.70
Dall'Olio dott. C. Alberto, Ravenna .	»	5.—
Amore dott. Gioacchino, Casaleone . .	»	10.—
Ricci dott. Angelo, Montereale	»	10.—
Urtoler dott. Fernando, Zona di guerra	»	5.—
Brighenti dott. Ulisse, Zogno	»	10.—
Cinquini dott. Luigi, Scriate	»	4.50
Messa dott. Faustino, Villa d'Ogna .	»	5.—
Paoletti dott. Filippo, Sermoneta . .	»	10.—
Caleffi dott. Massimo, Imola	»	10.—
Pasini dott. Eligio, Mirabello Monf. .	»	5.—
Isola dott. Filippo, New York . . .	»	25.—
Evangelisti dott. Dionigi, Villa d'Adige	»	5.—
Silvestri dott. Silvio, Verona	»	10.—
A mezzo del dott. Colloridi Giuseppe, raccolte ad Alessandria d'Egitto: Colloridi dott. Giuseppe, Valensin dottor Gustavo, Mauri dott. cav. Matteo, Pinto dott. prof. Carlo, Latis dott. cav. Raffaele, Cinti dott. cav. Sallustio, Calzolari dott. Arnaldo, Orlandi dott. cav. Pietro, complessivamente, mediante quota uguale per ognuno	L. it.	265.—
Totale . . .	L.	3,198.20

Elenco delle offerte pervenute all'Ordine dei medici della Provincia di Roma per la sottoscrizione al fondo di soccorso contro i gravi danni della guerra patiti dai Medici e dalle loro famiglie.

Somma precedente	L.	840
Baldoni dott. Antonio	»	10
Di Girolamo dott. Antonio	»	5
Fivoli dott. Vincenzo	»	5
Galanti dott. Fausto (2ª off.)	»	5
Garbini dott. Giuseppe	»	10
Guglielmetti dott. Edoardo	»	10
Del Pino dott. Gustavo (2ª off.). . .	»	10
Amici dott. Andrea	»	10
Delli Colli dott. Carlo	»	10
Fortunati dott. Alfredo	»	20
Giovalè dott. Silvio	»	15
Boni dott. Ernesto	»	20
De Nicola dott. Ignazio	»	10
Girelli dott. Edoardo	»	10
Bastianelli prof. Raffaele	»	250
Bretschneider dott. Alfredo (2ª off.) .	»	20
Moschini dott. Umberto	»	10
Sellari dott. Giuseppe	»	5
Jannuzzi dott. Rocco	»	10
Ciarpella dott. Carlo (2ª off.) . . .	»	10
Rossini dott. Arturo	»	5
Totale . . .	L.	1300

(*Continua*.

Nello scorso fascicolo, a pag. 367, dove si parla del Sanatorio per bambini tubercolosi, per equivoco tipografico è stampato il nome del prof. Trambusti invece di quello del prof. Tamburini.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6768) *Congedo straordinario per infermità*. — Dott. G. R. da S. — Il capoverso secondo dell'articolo 29 del Regolamento Sanitario dichiara che il congedo del medico condotto, in caso di malattia accertata non dipendente da ragione di servizio, può estendersi fino a tre mesi. Dal che devesi dedurre che detto congedo non solo è continuativo e non frazionabile per anno, ma che assorbe il congedo annuale ordinario essendo quest'ultimo che per la sopravvenuta malattia, si prolunga a durata maggiore.

(6769) *Nomina interinale. - Decadenza per sopravvenuta chiamata sotto le armi*. — Dott. Lux. — Con la chiamata alle armi e con l'abbandono effettivo del servizio, è stato sciolto il rapporto di impiego che fra Lei ed il Comune erasi stabilito per effetto della deliberazione consiliare del gennaio 1915, debitamente resa esecutoria dal Prefetto della Provincia. A guerra finita Ella non potrà, quindi, riprendere il posto che in seguito a nuovo atto deliberativo, che valga a far risorgere quel rapporto che ora più non esiste. E poichè, come Ella assicura, al posto di medico condotto è stato già provveduto con altro sanitario, il quale ha nomina identica alla sua, quella, cioè, di rimanere in carica fino al bando di un nuovo concorso, non crediamo che, rientrando a vita borghese, possa rioccupare l'impiego, che prima esercitava.

(6770) *Medici assimilati. - Certificati sanitarii*. — Dott. X. — I medici militari assimilati prestano servizio unicamente negli ospedali militari di riserva, ma non nei porti, ove Ella accenna, in cui basta ed è sufficiente l'opera del solo medico condotto. I certificati che Ella rilascia per servizio militare sono gratuiti se i richiedenti sono inscritti nell'elenco dei poveri o se la condotta è piena: sono a pagamento secondo le consuetudini locali, negli altri casi. Per pagare i sei mesi di contributo cui accenna, deve fare domanda all'ufficio sanitario della Provincia perchè ne includa il relativo ammontare nel reparto dei contributi della Provincia. Avvertiamo, però, che i detti sei mesi, se sarà possibile riscattarli, saranno computati unicamente agli effetti del raggiungimento del termine prescritto per l'acquisto del diritto a pensione ma non a quelli dell'ammontare della pensione medesima.

(6771) *Validità di deliberazione consiliare*. — Dott. L. S. da A. — Con Decreto Luogotenenziale del 4 gennaio ultimo, n. 89, fu stabilito che finchè dura lo stato di guerra, il numero dei consiglieri comunali legalmente impediti per servizio militare non deve essere computato in quello prescritto per la validità delle adunanze dagli articoli 127 e 239 della vigente legge comunale e provinciale e che per la validità delle sedute di 1ª convocazione è, però, richiesto l'intervento di almeno un terzo dei consiglieri assegnati al Comune. Dal che si deduce che è valida la deliberazione consiliare in cui intervennero sette consiglieri su 20 assegnati al Comune. Il consigliere assente per suoi privati

motivi deve essere computato nel numero legale, ma detto consigliere nel caso in esame non influisce sulla legalità del deliberato in quanto che, come si è detto, il numero degli intervenuti è più che sufficiente al bisogno. Tanto la deliberazione con cui si revoca una precedente, quanto quella con cui si revoca la disdetta del medico condotto in ispecie, possono essere adottate con l'intervento della metà del numero dei consiglieri.

Le deliberazioni dei Consigli comunali, rese esecutorie dall'autorità politica, costituiscono provvedimenti definitivi non impugnabili con ricorso in linea gerarchica ma solamente con ricorso per legittimità alla 4ª sezione del Consiglio di Stato. Il ricorso per legittimità verte circa violazioni eventuali di legge, incompetenza ed eccesso di potere.

(6772) *Ricchezza mobile e centesimo di guerra.* — Dott. M. M. da L. — Sullo stipendio di L. 3850 si paga per R. M. la somma di L. 332,06 oltre l'aggio all'esattore, che varia da Comune a Comune e per contributo centesimo di guerra quella di L. 14,43.

(6773) *Licenziamento durante la prestazione del servizio militare. - Nullità.* — Dott. A. F. da Z. di G. — L'atto con cui l'amministrazione ospedaliera La licenzia per compiuto biennio, è essenzialmente nullo perchè per effetto dell'articolo unico del D. L. del 21 aprile 1916, il personale sanitario dipendente dalle Istituzioni di pubblica beneficenza non può essere licenziato finchè presta servizio militare, restando sospeso per tutta la durata del servizio militare medesimo il decorso della nomina a tempo, dei periodi di esperimento e dei termini per il licenziamento. Impugni sollecitamente il relativo provvedimento presso la Commissione provinciale di beneficenza, invocandone l'annullamento.

(6774) *Denunzia di casi di malaria. - Obbligatorietà. - Rifiuto opposto alla visita di un malarico.* — Dott. M. T. A. — L'articolo 129 del regolamento generale sanitario approvato con R. Decreto del 3 febbraio 1901, n. 45, impone come obbligatoria la denunzia di casi di malaria. Contravviene, pertanto, a tale disposizione il medico che, avuta comunque conoscenza personale di un caso malarico, omette di riferirne alla autorità competente. Nè può addursi a discarico di aver fatto cenno della infermità nel certificato che fu rilasciato per la dichiarazione della causa di morte dell'infermo, perchè ben diverse sono le finalità delle due denunzie, e la seconda ha luogo per qualsiasi malattia e non solamente per la malaria. L'ufficiale sanitario che, richiesto, si rifiuta di visitare un ammalato malarico senza plausibile ed adeguata ragione viene meno al proprio dovere e può essere considerato come pubblico ufficiale che si ricusa di compiere un atto del proprio ufficio.

(6776) *Pensione.* — Dott. T. T. da S. — Ella potrà liquidare la pensione al 30 giugno 1918 compiendo in quell'epoca 24 anni e sei mesi di servizio, che sono valutati per 25. L'anno di interinato, essendo stato prestato prima dell'entrata in vigore della legge, non è tenuto in considerazione. Il nuovo interinato che intenderebbe assumere sarebbe compreso nei 24 utili per la pensione, ma produrrebbe una perdita di utili perchè la pensione sarebbe pagata in base a 24 e non a 25 anni di servizio. Con i dati esposti liquiderà l'annua pensione di L. 819.

Doctor JUSTITIA.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

LIBERE DOCENZE.

Sono abilitati alla Libera Docenza:

Balli Ruggero, in Elettroterapia e Radiologia, a Firenze; Falco Alessandro, in Clinica ostetrica e ginecologica, a Cagliari; Iappellis Antonio, in Materia medica e Farmacol. sper., a Napoli; Neri Vincenzo, in Neuropatologia, a Torino; Pierantoni Umberto, in Parassitologia, a Napoli; Piras Luigi, in Igiene e Polizia medica, a Genova; Ragazzi Carlo, in Igiene sperimentale, a Siena; Tedeschi Ettore, in Patologia medica professionale, a Genova; Angelillo Michele, in Clinica delle Malattie mentali e nervose, a Napoli; Battista Alberto, in Patologia spec. chirurgica dim., a Napoli; De Bernardinis Giacomo, in Otorinolaringoiatria, a Napoli; De Nicola Renato, in Clinica ostetrica e ginecologica, a Napoli; Kraus Amedeo, in Patologia spec. chirurgica dim., a Firenze; Lombardo Riccardo, in Clinica delle Malattie mentali e nervose, a Napoli; Nava Claudio, in Clinica ostetrica e ginecologica, a Modena; Negri Giovanni, in Clinica chirurgica e Med. operatoria, a Parma; Nizzoli Arturo, in Clinica pediatrica, a Modena; Rebizzi Renato, in Clinica delle Malattie mentali e nervose, a Firenze; Stretti Giovanni, in Clinica chirurgica e Med. oper., a Bologna; Zancani Arturo, in Clinica chirurgica e Med. oper., a Modena.

Sono autorizzati i seguenti trasferimenti ai liberi docenti:

Angeletti Enrico, da Modena a Bologna, in Clinica chirurgica e Med. oper.; Cocco Luigi, da Sassari a Cagliari, in Medicina operatoria; Gallia Carlo, da Genova a Torino, in Clinica dermosifilopatica; Gamberini Carlo, da Siena a Bologna, in Clinica chirurgica e Medicina operatoria; La Rosa Gaetano, da Catania a Messina, in Patologia generale; Lerda Guido, da Genova a Torino, in Clinica chirurgica e Medicina operatoria; Ott Augusto, da Parma a Pisa, in Patol. spec. med. dim.; Spagnolio Giuseppe, da Palermo a Messina, in Patol spec. med. dim.

Il fasc. di marzo della nostra *Sezione medica* comprenderà i seguenti lavori:

A. MURRI: *Sopra un caso di sclerosi cerebrospinale.*

G. MINGAZZINI: *Osservazioni cliniche sulle lesioni del cervello e del midollo spinale da proiettili di guerra.*

G. IZAR: *È il prurigo di Hebra una micosi?*

NOTIZIE DIVERSE

Per la Patria.

Hanno immolato la vita in guerra i colleghi:

BERGONZOLI CARLO, sottotenente medico, caduto a Santa Caterina di Gorizia;

CERVELLINI BRUNO, sottotenente medico, caduto in Valsugana;

lo studente in medicina:

CRESPI CARLO.

La Commissione sanitaria interalleata.

Questa Commissione, adunatasi a Parigi, ha chiuso il 13 corr. i suoi lavori.

In tale occasione il sottosegretario di Stato per i servizi sanitari in Francia, Justin Godard, ha offerto una colazione ai commissari.

L'on. deputato Santoliquido ha ringraziato il Governo francese, che ha agevolato il còmpito della commissione, ed ha poi riassunto i lavori compiuti dalla delegazione interalleata, che ha realizzato nel modo più felice l'unità del fronte contro le malattie.

Il sottosegretario Godard ha felicitato la Commissione per i lavori da essa espletati, fecondi di insegnamenti pratici per la protezione degli eserciti e per il dopo guerra.

Una missione sanitaria francese.

Si trova a Roma una speciale missione sanitaria francese, composta di un maggiore e due tenenti medici, di una dama della Croce Rossa e di otto soldati infermieri.

Scopo di questa missione è di dimostrare, con esperimenti pratici, i benefici ottenuti mediante la applicazione dell'*ambrina* nei casi di congelamento e di ustioni.

I componenti della missione, che hanno intrapreso la cura di numerosi ricoverati nell'ospedale territoriale di via Montebello, hanno trovato cortese ed entusiastica ospitalità nella classe sanitaria romana.

Il distintivo ai feriti di guerra.

Una circolare del Ministro della guerra istituisce un distintivo d'onore per i feriti in guerra, ai quali non siano applicabili le disposizioni del R. D. 21 maggio 1916 relative al distintivo d'onore per i mutilati.

Limitazione dei consumi.

Un D. L. vieta la produzione, la vendita e la somministrazione dei dolciumi freschi di pasticceria a partire dal 15 marzo e dei dolciumi di confetteria a partire dal 1° maggio; è fatta eccezione per il cioccolato, purchè in forme non inferiori a 50 grammi od in tazza, per i biscotti, per le conserve alimentari di frutta, per i gelati e le granite e per i prodotti che non contengono nè zucchero nè farina.

Per la limitazione dei consumi.

Il prof. Tito Gualdi, direttore dell'Ufficio municipale di igiene di Roma, ha inaugurato un ciclo di conferenze sulla alimentazione, organizzato dalla Società generale di M. S. fra i commessi ed impiegati di commercio. Erano presenti il generale Fadda, l'on. Brunelli, il prof. Giuffrè dell'Università di Palermo, ed altre personalità.

Prese per primo la parola il presidente dell'Associazione promotrice, Alpino Tenedini. Quindi il prof. Gualdi, rilevò che dovere dell'Ufficio d'Igiene è di occuparsi della disciplina della pubblica alimentazione.

La vera economia, egli disse, deve orientarsi verso l'alimentazione collettiva. Oggi abbiamo l'osteria che immiserisce l'operaio e la cucina economica di cui non può profittare il lavoratore nè la famiglia modesta e bisognosa; bisogna creare anche le trattorie popolari e le zuppe del mezzogiorno, che portino il vitto sul posto: si potranno così compilare minute razionali ed economiche. Per la vita di famiglia è anche raccomandabile la scuola di economia domestica; le maestre impareranno a cucinare esse stesse e diverranno altrettanti nuclei di propaganda.

Per un'alimentazione razionale occorre anche conoscere come è costituita la macchina umana e come funziona, per dedurne di che abbisogna; occorre conoscere di che sono composti i cibi, per distinguere i più utili.

L'O. presentò in proposito delle tavole dimostrative, che indicano il valore alimentare degli alimenti in base al potere termogenetico di essi.

Chiuse il suo dire, presentando le cassette di cottura, con le quali si può cucinare economizzando il combustibile.

***

Anche il prof. Neuschüler ha tenuto, nel Ricreatorio di Trastevere, una conferenza sulla limitazione dei consumi e sulle cassette di cottura.

La sua esposizione riuscì semplice e persuasiva.

Propaganda antitubercolare.

Il prof. comm. Aristide Ranelletti ha tenuto a Roma, nella Sala Minerva, a due riprese, una conferenza sui metodi di lotta antitubercolare, illustrandone lo scopo ed i vantaggi. E, per meglio interessare e convincere gli spettatori, ha ideato due drammi cinematografici, che si imperniano sulla tubercolosi, l'uno nell'ambiente operaio, l'altro in una famiglia signorile.

Il modo d'infezione, le cause predisponenti e coadiuvanti risultano così dimostrate con molta efficacia; il funzionamento delle diverse istituzioni per la cura e la profilassi (dispensarî, sanatorî, ospizi marini, ecc.), ha impressionato e convinto il numeroso pubblico. F.

L'Istituto Finsen-Röntgen Radiumterapico di Torino.

Sorto ad imitazione dell'Istituto Finseterapico Italiano di Firenze, questo Istituto, il quale si propone la cura delle tubercolosi cutanee, venne

aperto a Torino nel maggio 1913, presso l'Ospedale di S. Luigi. I mezzi finanziari per l'acquisto degli apparecchi furono forniti dalla Opera Pia di S. Paolo, cui l'Istituto s'intitola.

La direzione è affidata al prof. C. Vignolo-Lutati; medico aiuto è il dott. G. Martino.

Da una relazione ora pubblicata, si rileva che il numero degli infermi è venuto sensibilmente crescendo: 175 nell'esercizio 1913-14; 274 nel 1914-15; 378 nel 1915-16. I mezzi di cura adottati consistono in foto-, Röntgen-, radium-, termo-terapia e alta frequenza.

La relazione è corredata di una ricca documentazione casistica.

J. DÉJÉRINE.

Gemono i monti e mormorano i venti
freschi a la Savoïarda alpe natia.
G. CARDUCCI.

Ahimè! questa volta i venti fremono di Savoja per la perdita dello scienziato illustre che, figlio di quella terra, tenne alto per otto lustri il nome di Francia nelle discipline neuropatologiche. Allievo della scuola fisiologica di Vulpian, ed educato nella Salpêtrière, in cui echeggia fresca, come ieri, la voce di Charcot, comprese egli, al pari dei suoi vecchi maestri, che senza anatomia non si intende il meccanismo delle funzioni. Verità sacrosanta, che lo condusse allo studio profondo della minuta fabbrica del cervello; onde per una serie non interrotta di anni il suo occhio linceo rimase fisso sul più misterioso legli organi umani. Ma la sua mente non potea rinchiudersi entro gli aridi e infruttuosi campi delle pure discipline istiologiche. Da Morgagni, il cui nome udii tanto spesso sulla sua bocca, apprese il metodo di giungere alla clinica, traverso gli studi anatomici, che divennero negli ultimi decenni di sua vita carne della sua carne. Al certo non ignorò la fatidica frase del grande Haller, sentenziante che a nessuna mente è dato gittare lo sguardo nei penetrali della natura: ma al suo orecchio risuonò più armonica la sentenza di Wolfango, il quale rispondeva che per la scienza non esiste nè scorza nè nocciuolo.

Primo, il Déjérine, si ribellò al concetto di un centro grafico, risiedente sul piede del secondo giro frontale; e da lui ebbe principio quella benefica reazione contro chi pretendea ridurre le funzioni della corticalità cerebrale ad una specie di scacchiera. Vero è che all'esistenza di un centro della lettura nel *girus angularis*, da lui tanto accarezzata, toccava poi uguale sorte; ma il fatto che sotto questo giro decorrono fibre necessarie alla comprensione dei simboli grafici è rimasto saldo come un muro granitico. Sebbene le sue minute e pazienti indagini non gli dessero licenza di scuotere dalle fondamenta lo schema del passaggio delle vie nervose attraverso la capsula interna, tuttavia riuscì a rendere più chiaro il decorso di questo fra i sistemi di fasci il più importante. E appunto, per opera di Déjérine, noi ci siamo assuefatti a considerare non la capsula, ma piuttosto il talamo come l'omega e l'alfa di numerose fibre sensitive. E a lui siamo debitori della descrizione di una delle sindromi talamiche, nelle quali l'astereognosi, le parestesie e altri disturbi della sensibilità rappresentano l'elemento principale.

Dovunque nei suoi scritti lucidi come specchi, nelle sue lezioni nelle quali gli stranieri si contavano più dei connazionali, egli si appalesava critico indipendente, che elevava il dubbio anche su dogmi cari ai quietisti della scienza. E se talvolta gli aculei della sua penna parvero, senza esserlo, un po' troppo rigidi, lo si dovè alla sua natura generosa ed amica della serena sincerità, che botoli timidi della verga appellano oggi imprudenza.

Lo scienziato trovò nel suo diuturno lavoro, collaboratrice una Signora, colta ed intelligente, dinanzi alla quale anche uomini che sentono alta la coscienza della loro personalità, potrebbero ripetere i versi del Recanatese

a cui piegar sostenni
l'altero capo.

E con lei, che i neurologi di Francia eleggevano, non ha guari, presidentessa della loro Società, condivise gioie e dolori; nè mai l'oraziano: *animae dimidium meae,* trovò come in questo raro connubio di affetto, di coltura e di intelligenza, documento di maggiore realtà.

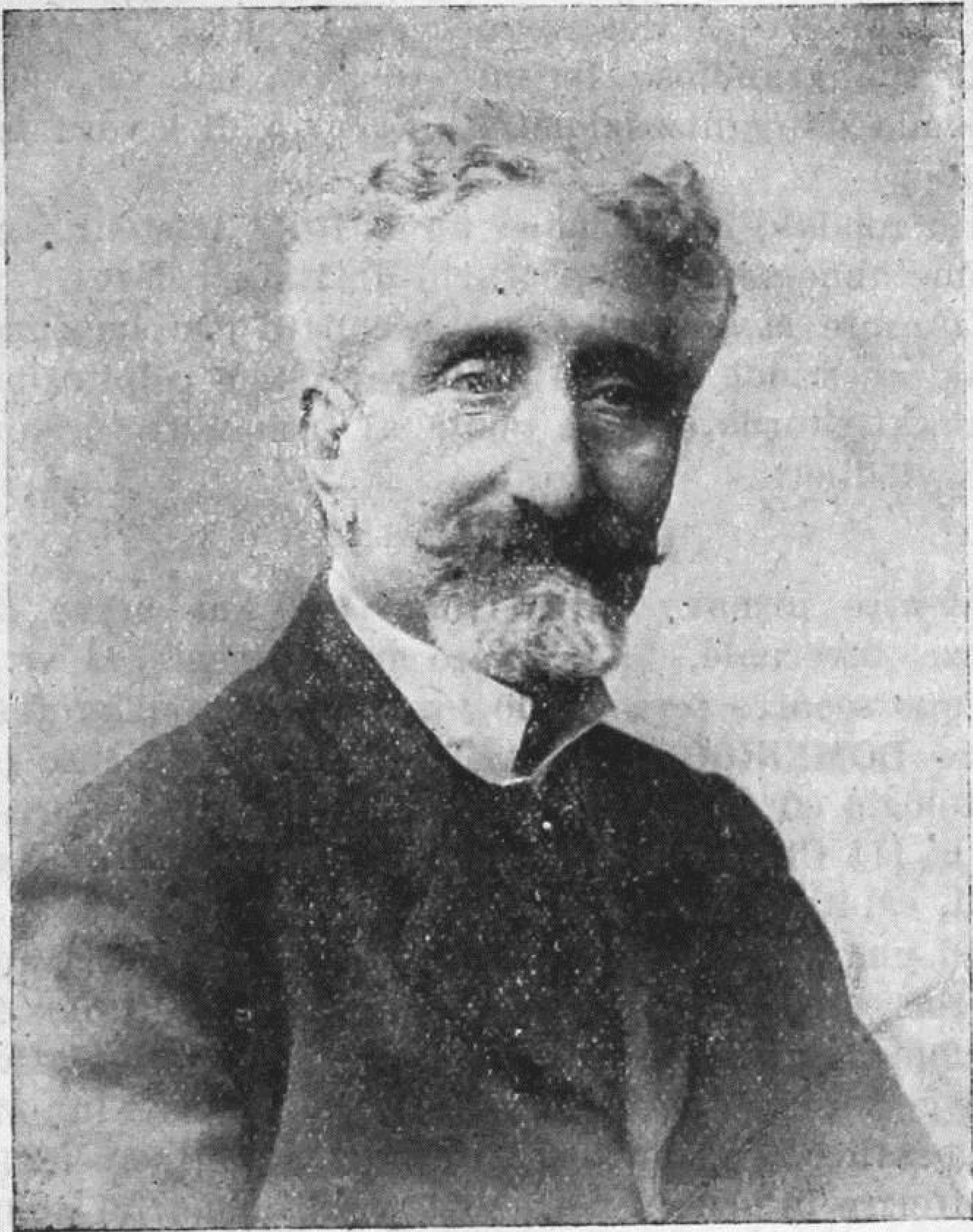
Fedele ai principî democratici del suo paese, anche Déjérine cercò di spezzare agli umili il viatico della scienza; ma l'opera sua monumentale, «l'anatomia dei centri nervosi», in cui volle esporre, con felicissima sinopsi, i risultati dei pazienti lavori analitici di lui e della sua scuola, dimostra che non solo nella repubblica delle lettere, ma anche in quella delle scienze, noi siamo aristocratici.

E con un fardello così poderoso di sapere, egli contribuì davvero, fra i primi di Europa, a rendere meno fitto il velo di Iside, che sembrava doversi schiudere per tutti gli organi, salvo che per quello della mente. Così si comprende perchè le infiammazioni dei nervi, la tabe, la psicoterapia, le quistioni scottanti dell'eredità neuropatica ed una serie di molteplici processi morbosi abbiano trovato nel Déjérine, chi, non contento dell'analisi minuta dei fatti, cercava poi mirabilmente di riunirli e di spiegarli. L'unione della sintesi antica con l'analisi moderna, ideale così caro al nostro Baccelli, salutò in Déjérine l'interprete suo più fedele. E se la nuova generazione dei medici, che ora si va rivestendo di penne, vuole essere davvero utile alla umanità, dovrà convincersi che i problemi alti e bassi, i quali ci offrono i malati, non si risolvono, come oggi è costume, abbandonando le camere incisorie e le corsie degli ospedali; ma ricorderà che uomini, come Déjérine, si sono elevati al di sopra della terra, passando la loro vita fra il bisturi anatomico e l'osservazione diuturna dei malati.

Prof. G. MINGAZZINI.

F. MASSEI

Lo stato d'animo che determina la fulminea scomparsa di un uomo, che non fu soltanto un grande scienziato, ma anche un carattere adamantino, un insigne maestro, un animo aperto alle più indissolubili amicizie sia verso i suoi pari, sia verso i discepoli, vieta che la parola immediatamente traduca il sentimento di cordoglio per la perdita



dell'illustre professor Ferdinando Massei. — Alla scomparsa repentina del grande clinico napoletano nessuno che conoscesse la giovanile vivacità del suo eletto spirito, era preparato, tanta era la vitalità rigogliosa, la febbrile attività scientifica e professionale, la tenace ed entusiasta assiduità dell'uomo ancora in lizza, sempre combattente in prima linea per ogni problema scientifico o pratico. Chi pensi quanto egli dovette lottare per raggiungere l'ideale della sua vita, di donare cioè alla Facoltà di Napoli una Clinica che fosse il coronamento di tutta la sua opera indefessa nel campo della rinolaringologia, ideale raggiunto soltanto un anno addietro, può formarsi un concetto della sua tempra inflessibile, che mai aveva ceduto o dato segni di stanchezza di fronte a difficoltà di uomini, di opinioni e di contrastanti interessi. Egli stesso, nel discorso riassuntivo di tutta la sua carriera scientifica, esposto all'inaugurazione della Clinica, mentre palesava l'intima soddisfazione morale di avere alla fine raggiunto la sua meta, faceva intravedere le vive lotte sostenute pel raggiungimento dell'opera, coronata anzi dalla fusione in un unico insegnamento clinico dell'otologia con la rinolaringologia.

Allievo di quella mirabile scuola napoletana che ebbe a suo capo immortale Salvatore Tommasi, Ferdinando Massei ereditò quel senso generale eclettico, penetrante di innovazione, al suo tempo giudicato rivoluzionario, per cui la scienza biologica doveva essere un solo e grande edificio in cui le specialità dovevano essere ben distinte, ma in pari tempo affratellate e cooperanti tutte al benessere della vita umana. Sino dai primi passi della sua carriera scientifica non dimenticò di essere medico e lo attestano le sue giovanili pubblicazioni, in cui l'originalità del contenuto si accoppiava con quella del dettato e della frase scultoria, come pochi altri hanno raggiunto nella nostra lingua. E questo indirizzo degno dei nostri grandi avi medici egli serbò sempre, quando si diede tutto alla nuova specialità, di cui egli è stato, insieme con Labus e il De Rossi, e forse prima ancora di essi, l'antesignano in Italia. Ed è onore straordinario di lui, non maturato nei nuovi studi oltre i confini della patria, l'avere dato alla sua cultura ed attività scientifica un'impronta del tutto italiana e personale, pur mantenendosi sempre a contatto della produzione scientifica straniera. Il suo campo d'indefesso lavoro si svolse fino dall'inizio e si chiuse purtroppo repentino pochi giorni or sono sempre nella Facoltà di Napoli, di cui può dirsi un esempio luminare di capo-scuola. Nessuno in Italia lascia tanti discepoli che ora ne dolorano la scomparsa.

La sua produzione fu costante, senza soste, tutta intesa a mettere sempre più in vista che l'insegnamento della laringologia divenisse patrimonio intrinseco della coltura medica. La sua insegna di lavoro è stata scolpita nell'articolo di presentazione dell'Archivio Italiano di Laringologia fondato nel 1881 e che egli intitolò «La nostra carta di visita». In esso, conscio, presago dell'avvenire degli studi medici, consacrava il principio che la specialità non doveva chiudersi in un cerchio impenetrabile, ma era necessario che non si staccasse dalla Clinica generale, grande madre di tutta la scienza medica.

L'originalità di Ferdinando Massei spiccava nel campo della diagnostica: nella descrizione e ricerca dei sintomi dei morbi laringei non fu mai superato da alcuno, sapendo mirabilmente coonestare i segni funzionali alle lesioni anatomo-patologiche da cui provenivano. In ogni suo lavoro, in ogni sua comunicazione ai Congressi vi era sempre l'attesa, mai delusa, di conoscere qualche idea nuova, come fu per esempio sulle manifestazioni laringee della sarcomatosi cutanea, l'eresipela primitiva della laringe, la sindrome premonitoria della paralisi del ricorrente per compressione, l'ascesso idiopatico retro-faringeo dei bambini, il flemmone peri-tracheo-laringeo dei poppanti. In questi argomenti si palesò tutta l'originalità dello sperimentatore e la sagacia del Clinico che ha legato il suo nome a quadri nosologici mai prima intuiti.

Non v'è capitolo della patologia rino-laringologica dove egli non abbia portato un poderoso contributo con numerosissime pubblicazioni. Il trattato sulle malattie delle prime vie aeree edito nel 1899 rimarrà affermazione vigorosa della specialità in Italia, fonte inesauribile di cultura anche ora che molti concetti di patologia e di terapia sono mutati.

Mente aperta ad ogni progresso della scienza, egli fu il primo e più autorevole fautore in Italia della intubazione nelle stenosi acute della laringe. Allo stesso modo intuì subito l'alto valore della scoperta di Meyer sulle vegetazioni adenoidi e con lavori sperimentali e clinici illustrò questo capitolo della patologia infantile assurta oggi a capitale importanza. Le nuove conquiste della tecnica bronco ed esofagoscopica, quantunque giunte in questi ultimi anni, lo trovarono giovanilmente entusiasta. Della tecnica chirurgica endoscopica fu un virtuoso e lo attestano le statistiche di cui una in vero impressionante su 500 tumori laringei felicemente operati per vie naturali.

Membro ambito delle più cospicue accademie e società scientifiche nazionali e straniere, più volte Presidente di quella Italiana di Oto-rino-laringologia, egli portò sempre e dovunque accesa la fiaccola della italianità. Ricordiamo ancora la vibrante protesta ch'egli a Vienna lanciò in piena assemblea allorchè, per instigazione degli specialisti austriaci, il Congresso internazionale di laringologia voleva negare valore al I° tenutosi a Milano.

Ferdinando Massei uscito dalla vita terrena non sarà fra

le turbe dei morti che non fur mai vivi.

Nella mente e nel cuore di quanti amano la scienza ed il carattere egli vivrà nel novero dei grandi che illustrarono la Patria.

Prof. GHERARDO FERRERI.

Abbattuto in piena attività scientifica da una emorragia cerebrale, soccombe il prof. **JULES COURMONT,** direttore dell'Istituto d'Igiene di Lione.

A Lui si debbono importanti lavori in campi svariati della batteriologia e dell'igiene, sulle tubercolosi da germi specifici modificati, attenuati, sui germi tubercoligeni non specifici, sui rapporti tra tubercolosi bovina ed umana, sulla tubercolosi aviaria, sull'emocoltura del tifo, sulla poliomielite rabida, sulla localizzazione della tossina tetanica e sul modo d'azione della tossina stessa (paragonabile a quella di un fermento, in quanto che essa richiede una temperatura idonea ed un periodo d'incubazione), sulla eliminazione per via intestinale e sulle azioni della tossina difterica, sulle osteomieliti sperimentali, sul meccanismo degli edemi, sulla sterilizzazione dell'acqua con i raggi X (praticata da Lui per la prima volta), ecc., ecc.

Ha pubblicato varie opere didattiche (un Manuale di batteriologia, uno sulla microbiologia delle malattie infettive degli animali, uno d'igiene, varie monografie nel Trattato di medicina di Brouardel, Gilbert e Thoinot, nel Trattato di patologia generale di Bouchard, nel Trattato d'igiene di Chantemesse e Mosny).

Era allievo di Chauveau e di Arloing.

Il suo grandioso Istituto d'igiene era un vero modello d'organizzazione e un centro di lavoro fecondo.

Ha fondato con Arloing un Istituto Pasteur, cui venne annesso un dispensario antitubercolare.

Durante la guerra si era occupato con impegno delle questioni d'igiene militare; venne colpito dal male al ritorno da una visita al fronte, tra i suoi allievi diletti.

L.

Mentre tornava dalla fronte per una breve licenza invernale, ha lasciato miseramente la vita in uno scontro ferroviario presso Padova il professore **DOMENICO DE SANDRO,** libero docente in patologia ed in clinica medica, già assistente presso la III Clinica medica della R. Università di Napoli, capitano medico.

Di una grande e multiforme operosità, lascia numerosi studi meritamente apprezzati. A titolo di esempio, Egli ha scoperto nelle feci degli ossalurici due germi che trasformano gli idrocarbonati in acido ossalico. In uno degli ultimi fascicoli, avemmo a riferire intorno a tre nuovi segni obbiettivi della sciatica, da Lui posti in rilievo.

Tra le sue pubblicazioni più recenti, ricordiamo una nota relativa ad una piccola epidemia ospedaliera di colera, rapidamente soffocata.

Presso la nostra redazione abbiamo tuttora, in corso di pubblicazione, un Suo interessante studio sulle splenopolmoniti: la tirannia dello spazio, la ressa dei lavori e la necessità di assegnare la preferenza alle questioni di attualità, ci avevano indotto ad attrassarne l'inserzione.

La triste fine del valoroso collega ha gettato nel lutto la famiglia e desta vivo compianto e dolore tra i suoi molti estimatori.

P.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp*.

Anno XXIV. *Roma, 25 marzo 1917* Fasc. 13.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

SERVIZI SANITARI.

Proposte per il servizio sanitario chirurgico del R. Esercito al fronte.

R. ALESSANDRI e R. BASTIANELLI.

L'esperienza fatta durante il 1916 dalle Ambulanze chirurgiche ci ha persuaso che il loro impiego possa essere più estesamente utilizzato.

Nel periodo passato, le Ambulanze destinate prevalentemente alla cura dei feriti cavitari, curarono anche feriti d'altra specie ma non in modo regolare, e molto spesso periodi d'inazione trascorsero senza che il personale e i mezzi dei quali sono fornite potessero avere alcun impiego. Nel Trentino le Ambulanze furono costrette a restare in posizioni anche arretrate, e quindi poco vantaggiose per le varie ferite addominali, ma sempre ottime per altre categorie di feriti. Anche lungo l'Isonzo dove dall'estate quasi tutte furono concentrate rimasero adibite alla cura dei cavitari, salvo eccezioni in alcuni giorni o periodi, e sebbene qui si trovassero e per vicinanza e per condizioni di trasporto dei feriti, collocate molto più vantaggiosamente che nel Trentino, pure non poterono sempre prestare le loro cure nel tempo più favorevole ai gravi casi di lesioni addominali, perchè relativamente a questi casi un po' lontane o ad altre gravi lesioni che si sarebbero avvantaggiate del personale e dei mezzi loro, perchè non inviate ad esse.

Questo scopo sarà in parte raggiunto coll'attuazione del provvedimento votato dall'Intendenza Generale insieme ai Direttori di Sanità d'Armata e delle Ambulanze, nel novembre scorso. Le ambulanze avranno un'altra sezione mobile che potranno spingere a lato delle Sezioni di Sanità offrendo così ai feriti appena giungono parte dei mezzi di soccorso e del personale che l'Ambulanza possiede, e non solo ne avranno beneficio quei gravi cavitari per i quali il trasporto o il ritardo anche di 2 o 3 ore può essere fatale, ma anche altre importanti lesioni.

L'Ambulanza principale resterà più lontana e riceverà gli altri cavitari per i quali il trasporto e il ritardo sembrerà meno nocivo. Diminuita così la funzione di questa porzione dell'Ambulanza più fissa e meno avanzata, e d'altra parte cresciuta la sua responsabilità di fronte ai feriti curati nella sezione avanzata, è ovvio domandarsi se *non convenga* estenderne il campo di attività, inviando ad essa lesioni gravi anche non cavitarie che richiedano importanti inter-

venti chirurgici, e se non *divenga necessario* dotarla di mezzi più estesi per le cure successive o postoperatorie dei suoi operati. Fino ad un certo punto questo si è già realizzato con l'appoggiare l'Ambulanza ad un ospedaletto, in guisa che l'Ambulanza ha accresciuto il numero dei suoi letti da 24 a 60-80, ma qualche ostacolo e qualche impedimento alla buona funzione risulta dal fatto che l'ospedaletto costituisce un'unità indipendente, col suo personale indipendente e non a totale disposizione dell'Ambulanza.

Ci sembra perciò utile di proporre o un provvedimento minimo, quale sarebbe quello di affidare un ospedaletto totalmente alla Direzione dell'Ambulanza o un provvedimento massimo quale sarebbe quello di rendere l'Ambulanza un centro di azione chirurgica che dominasse e inspirasse l'azione di tutto un settore del fronte.

Il primo provvedimento è semplice e non risolve che una questione particolare, quella del miglior rendimento e della più perfetta funzione dell'Ambulanza, l'altro è più complesso ed esteso e di ordine generale e merita perciò qualche chiarimento.

*
* *

L'inconveniente maggiore che si è verificato nella cura dei feriti è stato quello del passaggio da posti di soccorso ad ospedali successivi in modo che o le cure furono invano e talora non senza pericolo ripetute, o che si ebbero ritardi ed errori con danni gravissimi. I successivi passaggi spesso affrettati da esigenze logistiche, anche se effettuati con maggior cura, portano necessariamente alla successione di responsabilità, e di criteri tecnici vari, sicchè nè il personale sanitario può avere un'uniforme linea di condotta, nè si può, occorrendo, risalire ad una unica responsabilità superiore, nè le singole responsabilità ed attività sono stimolate e sentite nel modo più completo. Ciò è detto senza voler far accuse e senza la minima intenzione di diminuire il valore del lavoro fin oggi eseguito: è soltanto la constatazione palese di un fatto che da tutti è sentito e che è necessaria conseguenza del passare e dell'uscire dei feriti dalle mani di uno per andare nelle mani di un altro, chiunque egli possa essere — il che costituisce una serie di *responsabilità parziali* e non collegate tra loro.

Nasce naturale l'idea che il servizio sanitario, di ogni Corpo d'Armata, come ha un direttore tecnico che s'occupa prevalentemente dell'organizzazione e quindi non può efficacemente prendere in mano sua la parte professionale, abbia un direttore professionale, sottoposto al primo per quanto si riferisce all'organismo nel suo insieme, ma che pensi e operi, pure in accordo con quello, in una certa indipendenza d'ordine puramente professionale.

Ammessa questa necessità ne risulta chiaro che la sfera d'azione di questo capo professionale si estenda a una zona che partendo dai primi posti di soccorso giunga fino agli ospedali delle retrovie, zona che chiameremo un settore chirurgico.

In questo settore dovremo dunque trovare *un centro e un capo*, e *diramazioni* con dipendenti a lui sottoposti, cioè un organismo suo, servendosi del quale egli possa prendere la *responsabilità* intera del ferito che gli è affidato, *fino a che l'evacuazione definitiva si potrà compiere senza danno.*

Solo a questo patto si potrà coscenziosamente soddisfare alle cure dei feriti, nello stesso modo come si fa dei malati ogni giorno. È questione di organizzazione, e come per le ferite addominali il metodo di cura è uno, e l'applicazione del metodo è questione di organizzazione, e non vi è un metodo di cura di pace e un metodo di cura di guerra, così vedremo che deve essere per tutti gli altri feriti, e per tutto il tempo della loro cura esclusivamente chirurgica.

Perciò dobbiamo premettere i principî che devono essere a fondamento di una simile cura come noi la concepiamo.

*
* *

I feriti sono: *a) alcuni di necessità intrasportabili*, qualunque sia il genere di lesione, e di essi alcuni *incurabili*, altri *curabili* anche se la cura potrà essere o no utile, quali le gravi emorragie ed anemie, i gravi feriti addominali.

Per questi se un tentativo di cura può essere efficace, non deve essere rimandato, nè un trasporto ulteriore anche breve, sarà permesso. Devono ricevere il soccorso subito, a fianco delle Sezioni di Sanità, là dove giungono

Altri feriti: *b) sono trasportabili* e di questi gli addominali meno gravi e i cranici, e molti toracici, solo per breve spazio, perchè e il ritardo del soccorso e la via anche un po' lunga certamente aggravano la prognosi.

Sono dunque relativamente trasportabili e li chiameremo *trasportabili vicino*, mentre altri sono *trasportabili lontano*, tra i quali porremo feriti di parti molli, fratture, lesioni articolari. S'intende che la distanza deve essere relativa e possibilmente anche per questi *la minore compatibile coi servizi logistici.* Idealmente il miglior soccorso è quello immediato, ma poichè ciò è reso impossibile talora dal gran numero di feriti così occorre disporre il servizio in modo,

che *in periodi di poca affluenza realmente la cura si effettui prontissima per tutti*, e in periodi di grande affluenza si effettui in modo pronto relativamente alle necessità del singolo caso. Questa è la sola differenza tra chirurgia di guerra e chirurgia di pace che possiamo ammettere per quanto si riferisca a metodo di cura.

È naturale che quanto diciamo si riferisce solo alle circostanze attuali della nostra guerra.

***

Tutte queste categorie di feriti devono dunque trovare sulla loro via il soccorso adeguato alle esigenze della loro lesione. E le prime e più necessarie esigenze essendo quelle dell'emorraggia, o dell'anemia consecutiva, o dello shock, i feriti che presentano tali stati devono fermarsi alle Sezioni di Sanità. Quanto queste siano talora ingombre e quanto il personale sia occupato in certi momenti, sa bene ognuno. Occorre dunque che o la Sezione possieda un riparto con personale che si occupi esclusivamente di quei soccorsi chirurgici senza che sia disturbato da altre mansioni, o ingombrato da folla, o che un simile riparto sia aggiunto con i mezzi adatti.

Se si trattasse solo di questi soccorsi potrebbe sembrare esagerata la istituzione di un reparto esclusivamente chirurgico operativo; ma se si considera che anche ferite addominali gravissime non devono essere trasportate e così alcune lesioni degli arti, si converrà facilmente sulla necessità che un soccorso adeguato sia istituito immediatamente a fianco della Sezione di Sanità e indipendente per funzionamento dalle altre funzioni di *smistamento e di ricovero ai non curabili* ai quali la Sezione deve provvedere.

Supposto così che questo pronto soccorso immediato, relativamente all'ora dell'arrivo dei feriti, si effettui, gli altri saranno avviati secondo la categoria alla quale appartengono nei vari luoghi di soccorso nei quali troveranno le cure adeguate.

Quello che importa è meno la distanza (naturalmente in senso relativo) che la possibilità che *questo soccorso sia completo e definitivo*. Il carattere di soccorso provvisorio non deve averlo che quello eseguito al posto reggimentale, o per alcuni feriti alla Sezione di Sanità, mentre negli ospedali o nelle formazioni sanitarie più lontane il soccorso deve partire da quest'assioma, che *le infezioni delle ferite sono nella gran maggioranza dei casi dovute a una cura incompleta*.

Occorrono perciò i *mezzi, le persone, e i retti principi chirurgici* quali sono stati insegnati dalla pratica di quest'anno.

Se ammettiamo come verità ben dimostrato che la maggioranza delle ferite, e senza eccezione quelle da granata, deve essere largamente aperta, i margini escissi, il percorso del proiettile esplorato, i corpi estranei tolti, che possono essere in parte o totalmente suturate in casi favorevoli, e che si può fin dall'inizio istituire una cura antisettica efficace, ne risulta che i feriti devono esser curati subito con questi principî da persone che ne siano convinte o che siano sotto la direzione di chi ne è convinto, sicchè ne risulti un'uniformità terapeutica, molto più utile al ferito che non quella spesso infinita varietà di cure che molti si credono autorizzati di eseguire perchè frutto della loro esperienza o inesperienza.

Anche ricevute queste prime cure complete i feriti sono soggetti purtroppo a complicazioni, e tutti sono convinti che l'accurata terapia postoperativa ha un valore eccezionale per riparare a tempo conseguenze spesso fatali.

Occorre dunque che si tenga di mira quest'altro assioma: *i feriti non vanno trasportati dal luogo dove ricevettero la cura completa se non quando è cessato il pericolo che il trasporto aggravi o risvegli un'infezione, o determini una complicazione*.

Ma come si dovrà fare se il numero loro è ingente, e altri ed altri ancora ne arriveranno nei giorni consecutivi?

In primo luogo, si risponde, provvedendo grandi *ospedali definitivi* vicino al fronte per quanto è possibile, per una certa categoria di feriti, e altri grandi ospedali più lontani per le altre categorie di feriti, sicchè non ci sia mai l'affollamento dei reparti degli operati, e che costringa allo sgombro. Che se questo dovesse avvenire, i feriti che si evacuano dovrebbero essere ricoverati in altri ospedali sempre appartenenti allo stesso settore chirurgico quindi sotto la stessa responsabilità centrale.

Ora sarà più chiara la risposta, se si vorrà tener conto di quest'altro principio *che occorre specializzare l'assistenza chirurgica*.

E procedendo per via di necessità più o meno impellente di soccorso, dovremo avviare i feriti alle varie formazioni sanitarie specializzate per le varie lesioni, sicchè essendo essi *fin dal principio* equamente ripartiti nei luoghi dove dovranno restare, non sarà facile l'affollamento nè la conseguente necessità di sgombro.

Così gli addominali trasportabili dovranno trovare il soccorso a breve distanza e costituire un reparto, i cranici o a ugual distanza alcuni e non pochi altri, anche più lontani, là dove

cioè si avvia il maggior numero di *feriti delle parti molli delle ossa e delle articolazioni.* Se si tolgono i feriti delle parti molli leggeri che costituiscono un gran numero, e che possono esser presto evacuati, gli altri più gravi delle parti molli, ossa e articolazioni, cranici e toracici, avviati in locali capaci anche a maggior distanza costituiranno tanti reparti di specializzazione dove le cure saranno preordinate dal capo, ed eseguite con metodo conforme e con i mezzi migliori per un risultato pratico e definitivo.

* * *

Questi criteri di organizzazione *tecnico professionale* non avrebbero valore se non potessero esser congiunti a criteri pratici di attuazione, e soprattutto non potessero adattarsi alle presenti istituzioni.

Figuriamoci dunque il servizio di settore chirurgico, comprendente, a titolo di esempio, un Corpo d'Armata, organizzato in conformità a questi principî.

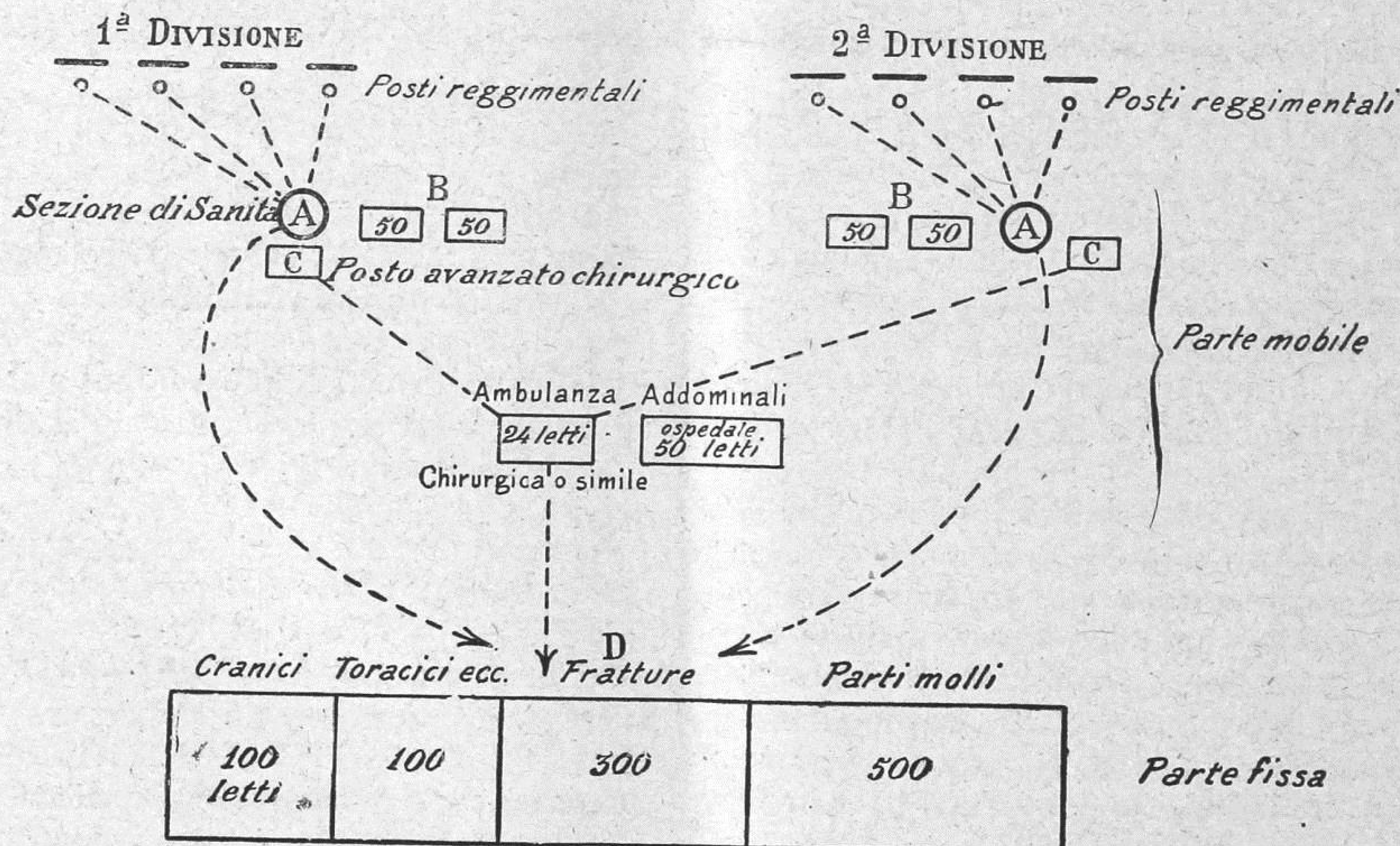
nata alla visita e smistamento dei feriti, e della parte B destinata al ricovero dei non trasportabili incurabili o curabili.

A distanza maggiore, diciamo 15-20 km., è un grande ospedale D capace di 1000 letti, diviso nelle sezioni indicate nello schema, o costruiti in baracche o impiantati in uno o più edifici secondo le circostanze.

Per la Sezione di Sanità passano tutti i feriti. Essa invia a C subito senza alcun indugio i casi di pronto soccorso gravissimi, e li ricovera poi in B. Contemporaneamente trattiene in B i non trasportabili, e facendo la funzione di smistamento divide i feriti e li avvia per categorie là dove troveranno il soccorso definitivo completo. Perciò all'Ambulanza Chirurgica andranno gli addominali, salvo i gravissimi, i cranici più gravi, lesioni varie che necessitano un soccorso chirurgico complesso.

Invierà a D i rimanenti cranici, i toracici trasportabili, tutte le fratture e le lesioni articolari e le lesioni delle parti molli che non crede di dover mandare all'Ambulanza.

Schema del servizio sanitario chirurgico per un Corpo d'Armata



Lo schema mostra un settore chirurgico (a titolo di esempio) con al centro un'Ambulanza di Armata, con i suoi 24 letti, più 50 per ricovero dei soli feriti addominali o altri gravissimi feriti. Dal centro si diramano verso le Sezioni di Sanità, i posti di soccorso C e C' che sono una parte più mobile dell'Ambulanza distaccata presso una Sezione di Sanità ad immediato contatto colla parte A della Sezione stessa destinata alla visita e smistamento dei feriti, e della parte B destinata al ricovero dei non trasportabili incurabili o curabili.

In D ogni reparto avrà il personale e i mezzi per quel dato scopo, e tratterrà i feriti secondo i principî stabiliti. I feriti leggerissimi che formano un grande contingente saranno fin dall'inizio avviati ad altro ospedale più arretrato sicchè non ingombreranno inutilmente le formazioni sanitarie operative.

Per eseguire questo compito la Sezione di Sanità deve essere avanti a tutti nel settore,

poichè solo chi è avanti può dividere e inviare a seconda dei casi.

Abbiamo collocato nel centro un'Ambulanza. Ma occorrendo, un'altra potrebbe essere inviata nei periodi di forte lavoro, e conservando la sua mobilità essa potrebbe esser distaccata e inviata altrove se occorre.

Ma il settore chirurgico resta immutato, e al posto di quella Ambulanza un'altra potrà venire o una formazione sanitaria qualsiasi purchè altrettanto bene equipaggiata. Se però tutto il fronte fosse diviso in settori, e se esistessero Ambulanze in numero sufficiente, ogni settore avrebbe la sua, e questa acquisterebbe una fissità in relazione con il settore, pur avendo sempre la possibilità di esser distaccata là dove il bisogno lo esige.

Se l'Ambulanza fu da noi scelta per occupare il centro, ciò è stato perchè fino ad ora essa si presenta come l'unità più preparata allo scopo, ma non vuol dire che solo essa potrebbe assumersi quest'incarico.

Ogni formazione sanitaria dotata di personale e di mezzi adeguati potrebbe soddisfarlo altrettanto bene.

E noi siamo certi che adottati questi criterî, i nostri clinici ad es. accetterebbero ben volentieri l'incarico della direzione.

Ricordiamo infatti che i clinici chirurgici già fecero la proposta di essere mobilitati con tutto il loro personale al principio della guerra, sicchè non sarebbe difficile trovare o formare gruppi capaci da servire da centro direttivo tecnico professionale.

Il direttore del Settore potrebbe anche essere il direttore dell'ospedale fisso D, e in questo caso il direttore dell'Ambulanza sarebbe sotto i suoi ordini, e opererebbe secondo le direttive assegnategli.

Il direttore dell'Ambulanza, o dell'Unità sanitaria prescelta qualunque essa sia, avrebbe la completa responsabilità dell'andamento chirurgico del suo settore dai posti C. C′ fino a D sicchè i principî chirurgici, e la loro esecuzione, potrebbero essere emanati e sorvegliati nel modo più completo dalle prime cure fino al momento del trasferimento negli ospedali territoriali ai quali sarebbe allora facile rivolgere a chi tocca le osservazioni e le critiche che oggi in ogni nuovo ospedale che il malato raggiunge, si fanno e non poche, a ragione o a torto ma certo senza efficacia, e la Direzione di Sanità d'Armata avrebbe un modo sicuro e rapido di controllare le sue disposizioni tecniche che oggi devono esser trasmesse ai singoli direttori delle numerose unità sparpagliate senza altro nesso che quello della Direzione di Sanità che non può sempre occuparsi dell'andamento tecnico chirurgico di esse.

Nelle attuali condizioni di organizzazione la nostra proposta non richiederebbe alterazioni di regolamenti nè di istituzioni, poichè se si considera l'organizzazione sanitaria di un Corpo d'Armata nulla si trova che manchi per l'attuazione del progetto.

Quando la nuova sezione mobile dell'Ambulanza sarà pronta, essa potrà inviarla presso la Sezione di Sanità, e presto riconosciutane l'efficacia, si potrà darne ad ogni Ambulanza due per dotazione fissa, o se manchi il numero sufficiente di Ambulanze, si potrà darle ad un'Unità Sanitaria fornita di mezzi equivalenti. Altrettanto facile sarà unire all'Ambulanza un ospedaletto da 50 letti (estendibile a 100 ove occorresse) ma posta a sua completa dipendenza. E per il grande ospedale D. tutti sanno che qualche Corpo d'Armata già possiede in località non distanti più di 10 km. dalla linea di combattimento, locali sufficienti per un numero anche maggiore di letti e che solo attendono di esser trasformati in reparti specializzati.

Nè mancano nelle retrovie ospedali sempre a dipendenza di qualche Corpo d'Armata ove potrebbero avviarsi i feriti leggeri, e scaricare i convalescenti.

Si tratta solo di dare a questa organizzazione un centro o una testa chirurgica responsabile e mettere alle sue dipendenze professionali tutto il personale, e perciò autorizzandolo a proporre quei cambiamenti di uomini che la sua responsabilità farebbe ritenere necessari.

Un settore chirurgico così organizzato potrebbe rendere immensi servigi e semplificare il compito delle autorità le quali saprebbero su chi far cadere le responsabilità e a chi affidare l'esecuzione dei loro piani.

E per ultimo sarebbe possibile un'utilizzazione scientifica di tutto l'enorme cumulo di fatti che ora vanno in gran parte perduti.

Un centro anatomo-patologico con una sezione batteriologica e sperimentale guidate da una persona competente e con perfetto affiatamento scientifico col direttore del settore potrebbe dedicarsi allo studio di problemi che ogni giorno i clinici sentono il bisogno di risolvere e che fin'ora almeno da noi non hanno trovato la possibilità materiale di studiare.

Questo settore chirurgico organizzato così praticamente e scientificamente sarebbe uno strumento prezioso in mano di un direttore di Sanità capace di apprezzarlo e di servirsene.

In preparazione:

Numero monografico sulle malattie provocate e simulate.

RIVISTE SINTETICHE.

La protesi delle paralisi dei nervi periferici.

Mentre d'ogni parte s'intensifica la produzione dei mezzi di distruzione, e si affrettano i preparativi per quello che sembra dovrà essere il parossismo acuto e terminale della guerra, la scienza medica continua nella sua missione nobilissima di mitigare, correggere le nefaste conseguenze della barbarie sulla povera carne umana. D'ogni parte sorgono istituti di ortopedia, di protesi, di rieducazione funzionale con l'intento di diminuire le sofferenze degli innumerevoli mutilati, di renderli elementi sociali fattivi.

Tra le varie lesioni traumatiche quelle dei tronchi nervosi periferici hanno raggiunto per numero e molteplicità delle manifestazioni cliniche durante questa guerra una importanza pratica e scientifica del più alto interesse. I perfezionamenti della tecnica chirurgica, le migliorate condizioni dell'organizzazione sanitaria permettono ora di dare pronte, adeguate spesso efficaci cure agli individui che ne sono colpiti, tanto che il numero delle paralisi permanenti da lesioni dei nervi periferici va gradatamente diminuendo. E più ancora diminuirà se si provvederà all'auspicato incremento dei reparti ospidalieri, nei quali l'opera del neurologo e del chirurgo s'integrino a vicenda.

Tuttavia non sempre riesce per la estensione della lesione del tessuto nervoso provvedere alla legatura dei monconi. Manca così la rigenerazione delle fibre per modo che i disturbi di mancate rigenerazioni, con le conseguenti deformità ed impotenze funzionali rimangono persistenti.

È necessario avvisare ai mezzi opportuni perchè il danno derivato per tali disturbi ed incapacità agli individui ed alla collettività fosse ridotto al minimo possibile. La tecnica che si occupa, e vi è tanto efficacemente riuscita, alla sostituzione di interi arti non poteva disinteressarsi della protesi delle deficienze funzionali degli arti conservati, ma più o meno impotenti per la paralisi di questo o quel gruppo muscolare. Naturalmente la protesi è possibile solo in quanto si riesce ad utilizzare la muscolatura non paralizzata della stessa sezione di arto, essa quindi è impossibile quando tutti i nervi dell'arto siano lesi. D'altra parte la funzione di alcuni nervi è così complessa, le deformità e le paralisi derivanti dalla loro lesione sono così complicate che molto difficile riesce la costruzione e l'adattamento di un apparecchio che riesca a modificarle. Non si conosce infatti una protesi veramente efficace della paralisi del cubitale.

In genere gli apparecchi di protesi per le lesioni dei nervi periferici mirano allo scopo di diminuire la deformità e nello stesso tempo di rendere possibile la funzione dei muscoli antagonisti a quelli paralizzati. L'azione di questi ultimi viene disimpegnata da un sistema di molle. Questo meccanismo mentre rende possibile l'uso dell'arto nelle paralisi definitive, d'altra parte mettendo in giuoco sia i muscoli paralizzati quanto i loro antagonisti riesce un ottimo sussidio terapeutico nelle lesioni dei nervi in via di restaurazione.

Le paralisi che hanno maggiore interesse dal punto di vista pratico sono quelle dei grossi tronchi nervosi degli arti.

Il nervo *radiale* innerva i muscoli estensori della mano e delle dita compreso il pollice e supinatori dell'avambraccio. La paralisi quindi di questo nervo per una lesione localizzata al di sotto dei rami destinati al tricipite brachiale determina la impossibilità di estendere la mano, le dita e di supinare l'avambraccio. Si ha quindi caduta molto pronunziata della mano e delle dita, la mano e le prime falangi sono in flessione. Questa flessione è senza alcuna traccia di contrattura e la si riduce facilmente.

Gli apparecchi di protesi nella paralisi del radiale devono avere lo scopo di correggere l'atteggiamento di flessione permanente della mano, prevenire la sporgenza dorsale del corpo, opporsi alla retrazione dei muscoli e plessori, permettere ai muscoli estensori ogni libertà di entrare in funzione non appena si manifesti il ritorno della loro attività motrice. A tale scopo si adoperava per il passato una gronda metallica fissata al braccio con dei nastri, e che si prolungava sotto la mano fino alla radice delle dita. A rendere più facili i movimenti della mano e delle dita Meige ha portato delle modificazioni a questo apparecchio. Per sostenere la mano e le dita al posto del prolungamento della gronda è sostituito un filo metallico piegato ad arco che partendo dal bordo inferiore della gronda termina con un bottone imbottito del diametro di un centimetro e mezzo, il quale viene a capitare nel centro della palma della mano.

Questi apparecchi semplic si sono andati gradatamente modificando e perfezionando.

Souques, Megeraud e Dormat hanno fatto costruire un apparecchio (fig. 1) che pur impedendo la caduta della mano ne permette una certa mobilità. Si compone di un bracciale di cuoio, foderato di pelle di camello, che circonda il tervo inferiore dell'avambraccio e si allaccia

anteriormente. A ciascun lato del bracciale è fissata una spranghetta di ferro che nella sua estremità inferiore (A) si articola con una seconda spranga (B) che discende sul margine corrispondente della mano, arriva alla radice dell'indice, del mignolo e si incurva poi verso la palma della mano dove si continua con quella del lato opposto. Nel punto A' le due spran-

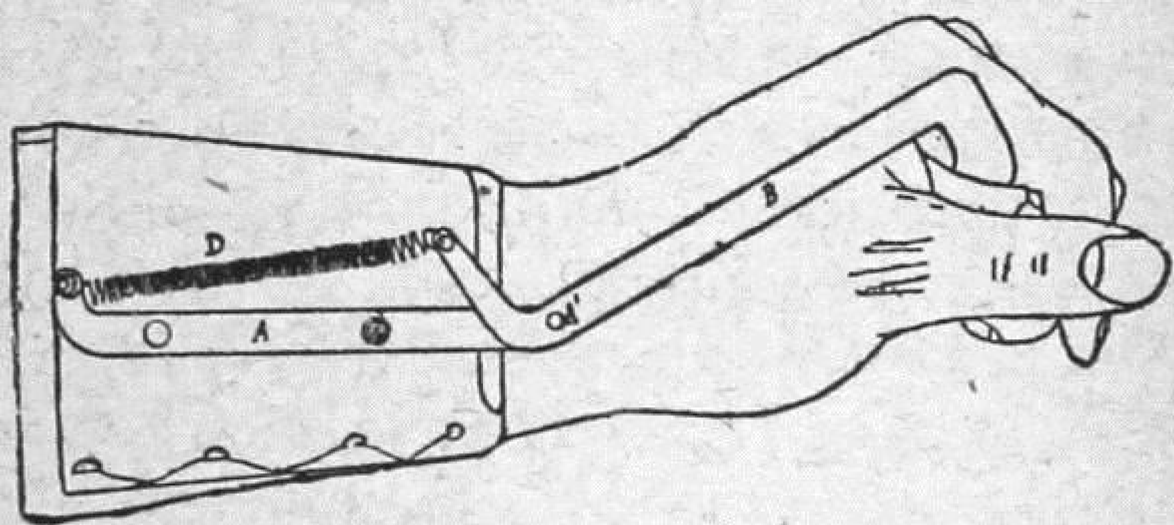


Fig. 1.

ghette si articolano per modo che l'apparecchio è mobile precisamente a livello e nello stesso dell'articolazione del polso. La molla (D) mantiene, quando i flessori sono in riposo, la mano in posizione di leggera estensione. Questo apparecchio serve molto bene a mettere in esercizio tanto i flessori che gli estensori.

Un apparecchio di costruzione più semplice, ma che risponde anche bene allo scopo è quello proposto da Privat e Belot. La figura (fig. 2) qui riprodotta ci dispensa da qualsiasi descrizione.

Quelli sopra accennati sono soprattutto di apparecchi di rieducazione, che vanno perciò adoperati nelle lesioni temporanee. Essi non permettono movimenti delicati delle dita che consentano all'operaio di attendere al suo lavoro abituale. Nelle forme di paralisi definitiva del radiale occorrono apparecchi che rendano possibile un certo giuoco delle dita.

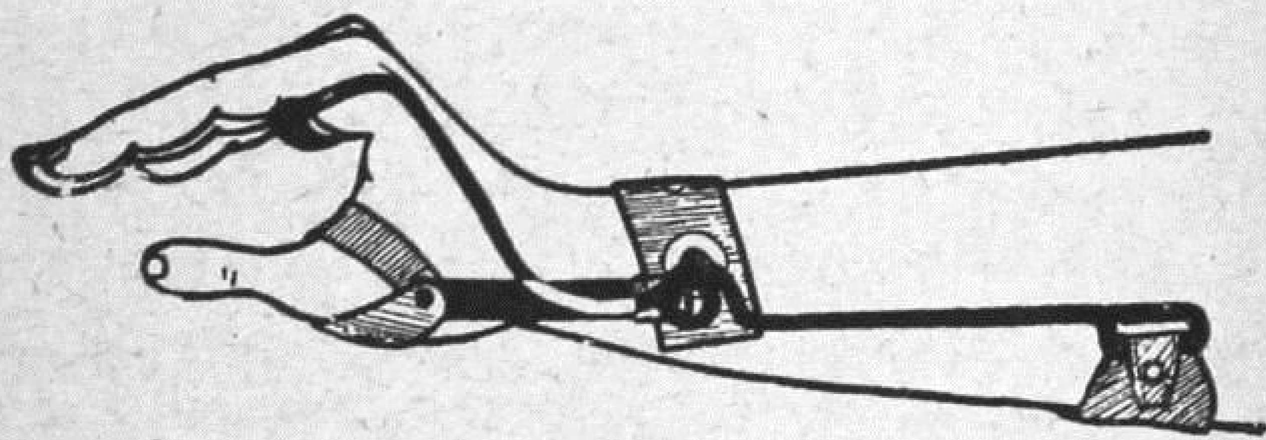


Fig. 2.

A tale scopo sono stati ideati diversi apparecchi. Ne indichiamo quelli che sembrano i più adatti. La figura 3 rappresenta l'apparecchio di Daguan Bouveret e Leri. In esso il bracciale è fatto di cuoio, le strisce che capitano sull'avambraccio di alluminio, il nastro sulla mano, i nastretti digitali, gli anelli di ciascun dito sono fatti di tessuto elastico. Le articolazioni degli anelli con i nastretti digitali sono pure esse di alluminio.

L'apparecchio ideato da Hildebrand in Germania (fig. 4) è costruito tutto in cuoio tranne le parti che congiungono gli anelli digitali al manicotto, i quali sono di molla elastica.

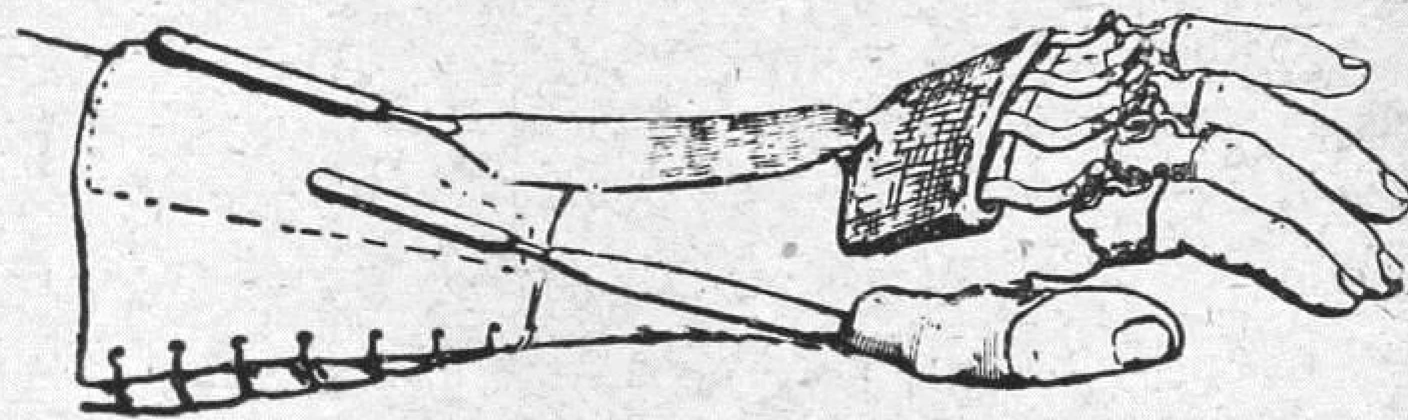


Fig. 3.

Più ingombrante è l'apparecchio ideato da Froment e Muller (fig. 5). Su esso c'è una doppia articolazione meccanica quella della mano e quella delle dita.

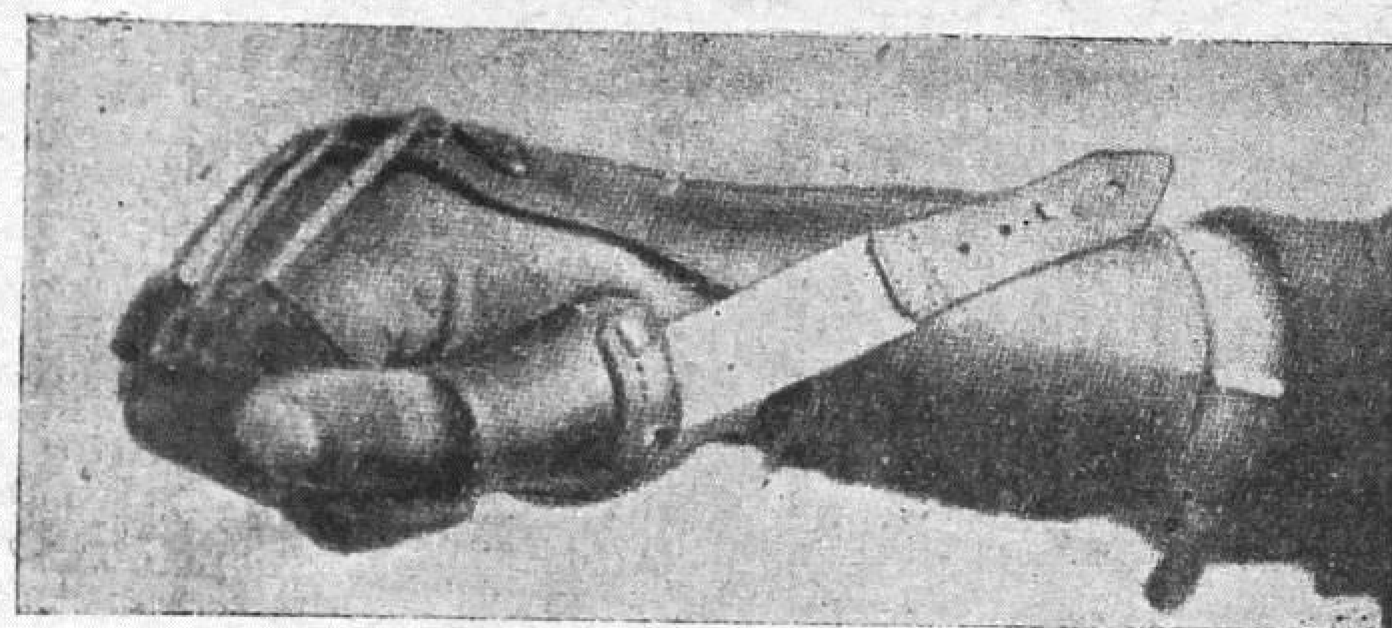


Fig. 4.

Gli apparecchi di protesi per le paralisi del *mediano* finora proposti sono ben pochi. In genere le lesioni del mediano non producono disturbi motori di notevole importanza. Il mediano innerva i muscoli pronatori dell'avambraccio, i flessori della mano, il flessore dell'indice, gli adduttori e flessori del pollice. Ma l'azione di questi muscoli può essere supplita dall'azione di altri innervati da altri nervi. Il

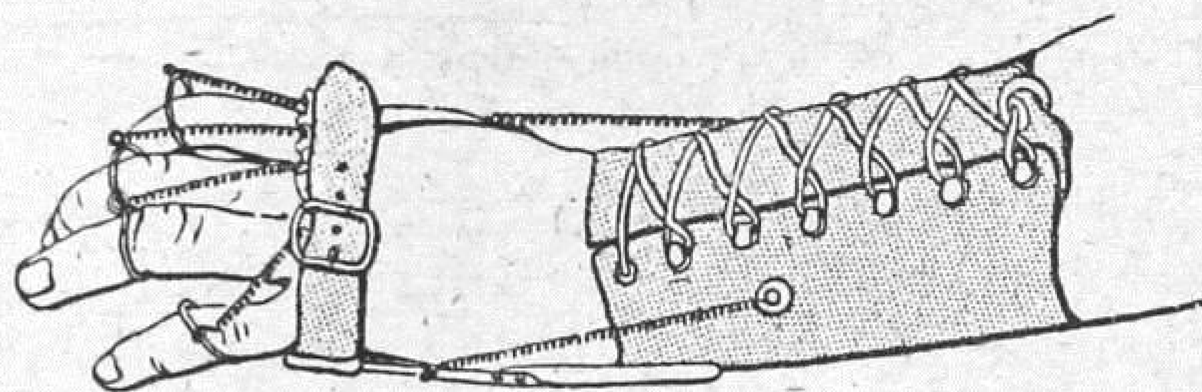


Fig. 5.

solo disturbo motore che ha maggiore interesse sia per la sua persistenza, sia per la sua importanza dal punto di vista della forza della mano, è quello che riguarda il pollice. La flessione della seconda falange, la abduzione e l'opposizione sono difettose. Sono stati suggeriti diversi apparecchi per la protesi muscolare del pollice ma in genere essi non rispondono convenientemente allo scopo. Più positivo sem-

bra quello proposto da Froment (fig. 6). Esso raggiunge lo scopo di allontanare il pollice dalla mano mettendolo in posizione di opposizione di fronte alle altre dita e quindi di raggiungere le estremità delle dita quando le loro ultime falangi si trovano in posizione di estensione. Questi diversi movimenti hanno una importanza capitale perchè essi sono necessari per quasi tutti gli atti di prensione.

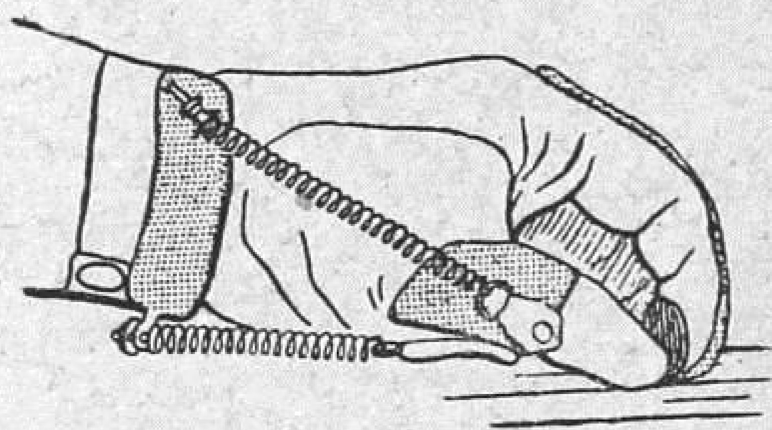


Fig. 6.

Quando la lesione del mediano determina impossibilità di flessione dell'indice ed il cubitale è intatto per modo che il medio conserva tutti i suoi movimenti si può ancora utilizzare l'indice rendendolo solidale col medio a mezzo di un anello di gomma alto tanto (3 o 4 centimetri) da abbracciare le prime due falangi e la estremità prostimale della terza di ambo le dita.

Per quel che riguarda il nervo *muscolo-cutaneo* bisogna considerare due casi. Se è leso solo il detto nervo la flessione dell'avambraccio sul braccio è ancora possibile per l'azione del lungo supinatore innervato dal radiale. Ma quando anche questo nervo è paralizzato; allora ogni flessione e impossibile ed il paziente deve portare due apparecchi di protesi l'uno per correggere la paralisi del radiale, l'altro per la paralisi del muscolo-cutaneo. Quest'ultimo apparecchio (fig. 7) ha lo scopo di mantenere l'avambraccio a mezza flessione sul braccio e di permetterne la estensione. Il nastro di caoutchouc che riunisce la parte poggiata sulla spalla e quella fissata all'avambraccio devono avere una resistenza differente a seconda che l'individuo debba fare lavori leggeri o pesanti e deve essere sostituito da un nastro di tessuto inelastico nel caso che il lavoro richieda di mantenere permanentemente in flessione l'avambraccio.

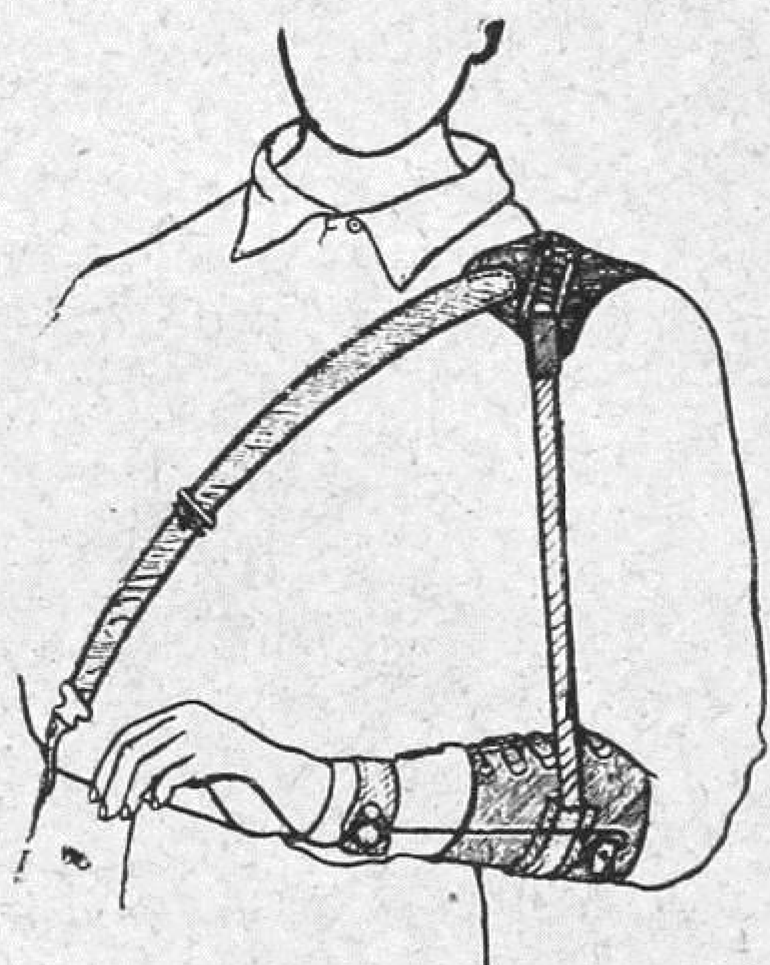


Fig. 7.

Gli apparecchi per correggere i difetti della paralisi del *deltoide* finora ideati non sembrano sufficientemente pratici.

Anche per lesioni dei nervi degli arti inferiori sono stati suggeriti apparecchi di protesi. Diamo qui la descrizione di quelli ideati da Privat e Belot per le lesioni del crurale, dello sciatico popleteo interno ed esterno e che secondo la esperienza di questi autori avrebbero dato ottimi risultati sopratutto per il trattamento delle paralisi transitorie evitando la possibilità di attitudini viziose.

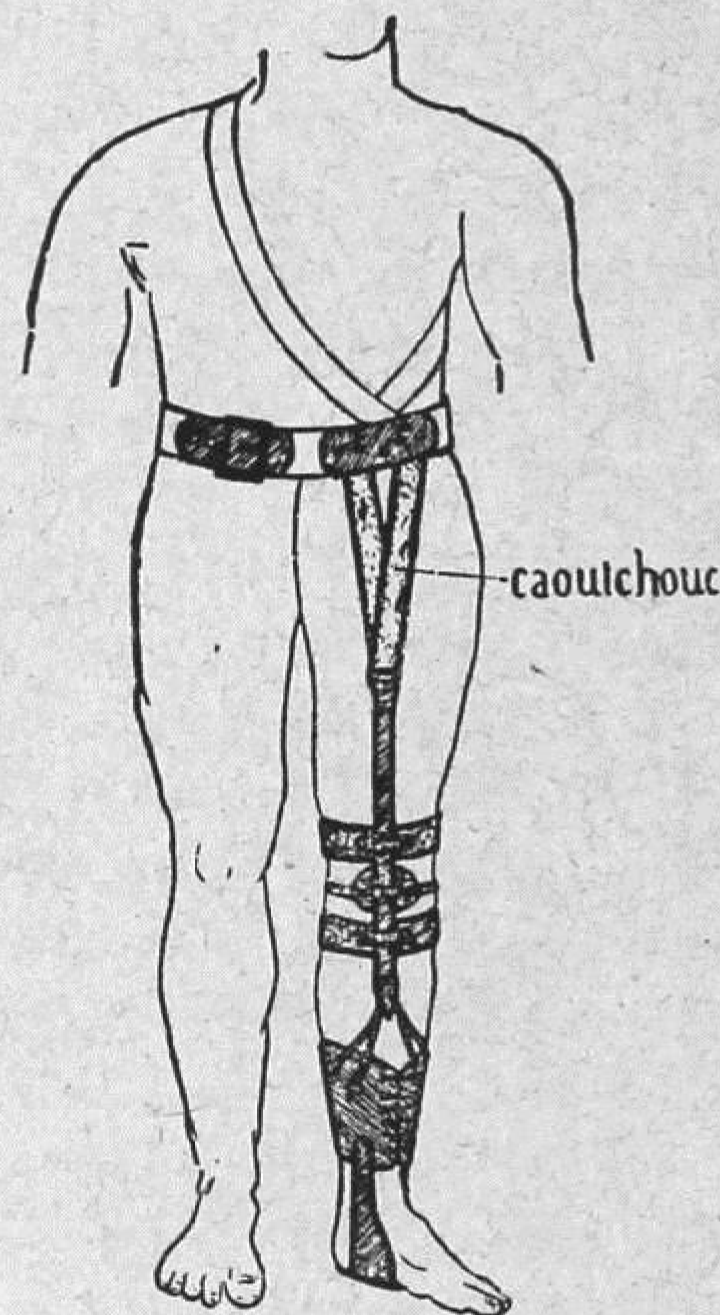


Fig. 8.

La lesione del nervo *crurale* fa sì che il paziente non possa estendere la gamba sulla coscia e non possa sostenersi sulle ginocchia piegate a metà; per il peso del corpo quindi le gambe si flettono completamente ed il paziente cade sulle ginocchia. Ed è per questo che egli monta le scale sollevando la gamba sana e le discende abbassando prima la gamba lesa. La protesi funzionale quindi della paralisi del crurale deve produrre l'estensione della gamba sulla coscia durante il cammino, permettere al paziente di poggiarsi sull'arto leso nella semiflessione del ginocchio e permettergli nello stesso tempo di poter flettere il ginocchio mentre sta e sedere. L'apparecchio (fig. 8) di cui diamo qui la figura risponde benissimo a

tutti questi scopi. Quando il paziente si mantiene in piedi, i punti d'attacco si allontanano ed il caoutchou si tende; quando la coscia è portata indietro e la gamba si flette sulla coscia, come nel cammino, la tensione aumenta e tende a proiettare in avanti la gamba.

Con la flessione della gamba aumenta anche la tensione del caoutchou per modo che la caduta è impossibile. Quando invece il paziente è seduto i punti d'attacco si avvicinano per modo che il ginocchio si può flettere anche al di là dell'angolo retto.



Fig. 9.

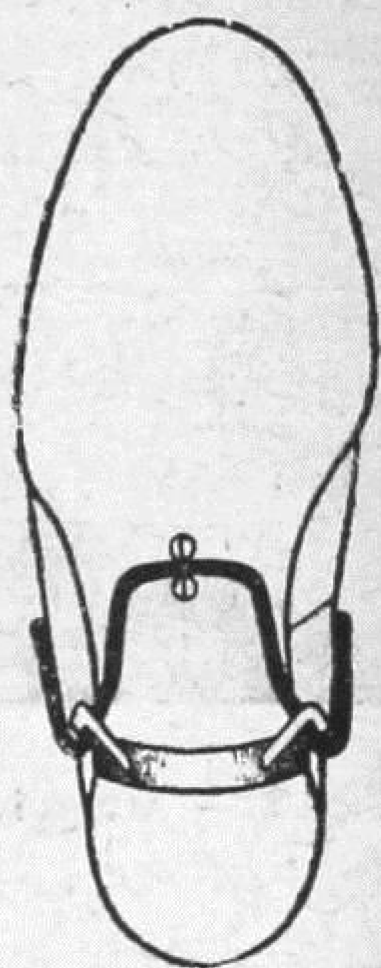


Fig. 10.

La protesi della paralisi del nervo *sciatico popliteo esterno* deve tendere a mettere in stato di rilasciamento i muscoli da esso innervati (tibiale anteriore, peronieri laterali, gli estensori delle dita ed il pedidio), a permettere i movimenti dell'articolazione tibio tarsica, a correggere l'andatura sollevando la punta del piede durante l'oscillazione dell'arto leso in modo da impedire che essa strisci ed in modo che il tallone poggi prima al suolo, ed infine opporsi al movimento di torsione del piede. L'apparecchio (fig. 9 e 10) per raggiungere tali scopi è molto semplice: consta di un filo d'acciaio piegato e fissato alla suola secondo il modello indicato dalla figura. La tensione del filo si può regolare legando a diversa altezza il nastro di cuoio fissato alla gamba ed al quale sono attaccate le estremità del filo.

Le lesioni traumatiche dello *sciatico popliteo interno* sono molto rare. D'altra parte la paralisi di questo nervo non provoca disturbi motori molto evidenti. L'andatura in genere è corretta, ma provoca subito stanchezza: il ferito non può sollevarsi sulla punta dei piedi alla fine del passo, nè produrre la propulsione nel momento in cui la punta del piede abbandona il suolo. Per correggere in parte questi difetti Privat e Belot applicano in tali casi un apparecchio da essi ideato per la protesi del nervo sciatico popliteo esterno con la sola differenza, che la parte del filo che si trova sotto la scarpa invece d'essere fissata alla suola è fissata al tacco in modo che l'effetto meccanico è opposto. Malgrado l'applicazione di questo apparecchio non si ha la vera propulsione, ma poichè esso permette di sostenere il peso del corpo sul piede esteso aiuta la flessione del ginocchio e quindi rende meno faticoso il cammino.

G. DRAGOTTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE DI RISERVA IN VERCELLI.

Plastica tendinea contro le paralisi traumatiche del nervoso radiale

del Prof. LUDOVICO ISNARDI, Direttore tecnico.

L'esperienza quotidiana di chirurgia di guerra insegna che il radiale e lo sciatico dànno il maggior contributo alle lesioni dei tronchi nervosi periferici.

La forza viva del proiettile, la suppurazione frequente del tragitto della ferita, la frattura dell'omero scheggiata e scomposta, che così spesso accompagna la lesione delle parti molli, rendono piuttosto estesa e grave l'alterazione neuritica del radiale e raramente la sutura nervosa dà risultati soddisfacenti.

È caratteristica l'attitudine patologica che assume la parte quando è distrutto il tronco del radiale al disopra del gomito: paralizzati tutti i muscoli estensori della mano e delle dita ed i supinatori, la mano cade inerte in flessione e pronazione (fig. 1ª).

La funzione delle dita non è tuttavia abolita. La loro flessione è naturale non resti disturbata, perchè rimangono intatti i muscoli flessori che sono innervati dal mediano e dal cubitale.

Ma anche un certo movimento di estensione delle dita è possibile.

Sappiamo infatti che la mano possiede i piccoli muscoli interossei ed i lombricali i cui tendini vanno a riunirsi al margine dei tendini estensori: essi agiscono da ausiliari degli estensori che fino ad un certo punto possono sostituire; ed essendo innervati dal mediano e cubitale rimangono intatti nella paralisi del radiale.

Grazie a questa provvidenziale disposizione, anche quando manca l'azione del nervo radiale

le due ultimi falangi digitali sono capaci di estendersi; per modo che con questa paralisi la funzione delle dita è ancora parzialmente conservata, essendo possibile la loro flessione ed un certo grado di estensione.

Senonchè con una mano che, come mostra la figura, è in forte flessione sull'avambraccio e che sappiamo essere in detta posizione poco fissa, anzi addirittura ciondolante, non è da meravigliarsi se questi movimenti delle dita dànno un mediocrissimo rendimento.

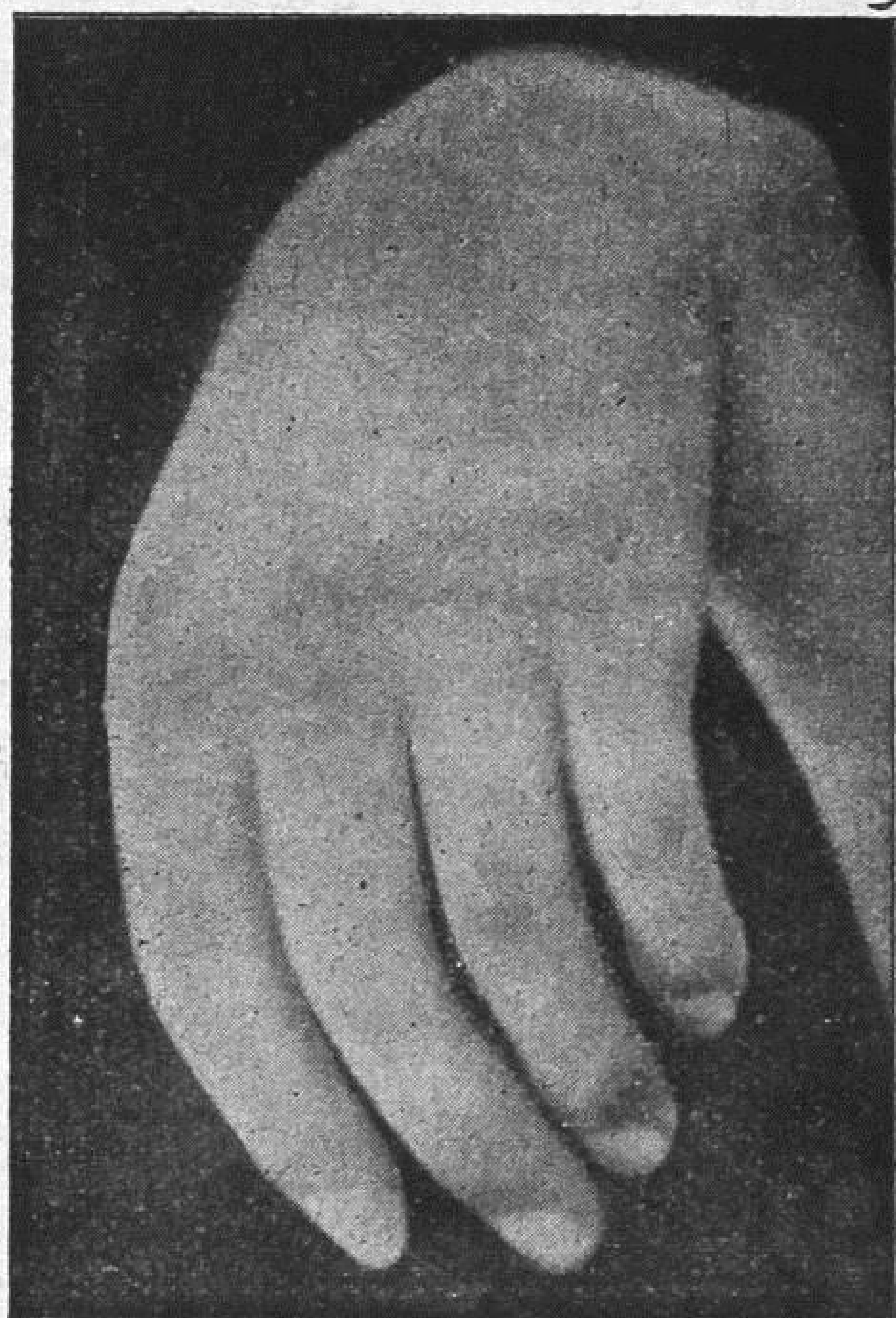


Fig. 1. — Atteggiamento della mano nella paralisi del radiale.

Un'operazione plastica che fissi la mano in estensione sull'avambraccio, se naturalmente non può pretendere di avere influenza sulla paralisi, riesce tuttavia a rendere l'arto assai più utile: ed ecco come, seguendo questo concetto, operai un caso di paralisi radiale, consecutiva a ferita di fucile, datante da sei mesi e che non dava più speranza di miglioramento.

Narcosi cloroformica. Benda emostatica attorno al braccio.

Con due brevi tagli longitudinali della cute, l'uno sul margine interno, l'altro sul margine esterno del carpo, misi a nudo col primo il tendine del muscolo cubitale posteriore, e col secondo il primo radiale esterno, recisi di ciascuno due centimetri e suturai insieme i due capi.

Nella ferita esterna comparvero pure il tendine del lungo abduttore del pollice e dell'estensore dell'indice che accorciai allo stesso modo. Sutura della pelle con agrafes. Bendaggio gessato con mano in iperstensione. Guarigione per prima. Due mesi dopo la mano era solidamente fissa nella posizione datale, come dimostra l'unita figura (fig. 2ª).

Il ferito ha anche il pollice leggermente abdotto e può usare le dita assai meglio di altri con mano ciondolante.

In Francia, due apparecchi furono proposti per sostenere la mano cascante: una stecca rigida palmare fermata con cinghie all'avambraccio, ed un congegno più elegante costituito di anelli infilati nella prima falange delle dita, dai quali partono fili elastici che vanno a fis-



Fig. 2. — Atteggiamento della mano dopo l'operazione.

sarsi ad un braccialetto e che come le redini tengono eretta la testa del cavallo, dovrebbero mantenere la mano in estensione.

Io applicai in due casi una di queste palmari d'alluminio; tentai di far preparare l'altro congegno ma non vi riuscii, nè potei averlo da Parigi.

La stecca, che non si può negare non dia vantaggi, è ingombrante per il lavoratore ed è poco estetica per chi la porti senza un guanto che la mascheri.

La plastica tendinea si potrà fare in molti altri modi: si potrebbe ottenere un miglior risultato fissando in una intaccatura del radio i capi periferici dei tendini estensori incisi per tenere sollevata la 1ª falange la quale è dai flessori e dagli interossei e lombricali tenuta in permanente flessione.

Allo stesso modo si potrebbe trattare il piede ciondolante che si ha nelle paralisi dello sciatico; ricorrendo ad accorciamenti di tendini, trapianti di inserzione tendinea, innesti (quando solo lo sciatico popliteo esterno è colpito), artrodesi, ecc.

Finora non mi riuscì di persuadere alcun ferito dello sciatico a farsi operare: tutti rifiutarono l'intervento e qualcuno francamente disse di temere di guarir troppo bene.

Io credo che in tutti quei casi in cui la sutura nervosa non fu potuta tentare o non diede risultati, queste operazioni sui tendini possano

migliorare notevolmente le condizioni dei feriti. E penso che lo Stato, il quale a mio modesto avviso si ispirò ad un sentimentalismo malsano e non equo quando concesse al soldato che non è un libero lavoratore, i diritti dei liberi lavoratori, di rifiutare un razionale atto operativo, debba, nella liquidazione dei danni, tener conto di questo rifiuto nel fattispecie di detta paralisi, perchè l'intervento che si propone è semplicissimo, scevro di pericoli e si può eseguire con un'anestesia locale.

NOTE DI TECNICA.

Dosamento dell'acido urico nelle urine.

Si trattano 250 cc. di urina con 10 cc. di acido cloridrico concentrato, e si lascia in riposo 24 ore in luogo fresco; altrimenti occorrono 36-48 ore.

Avvenuta la precipitazione dell'acido urico (piccoli cristallini brunastri che si attaccano anche alle pareti del recipiente), lo si raccoglie su filtro, e lo si lava ripetutamente con acqua acidulata con acido cloridrico. Poi sul filtro stesso si mettono 20-25 cc. di soluzione di potassa caustica al 10 % che scioglie l'acido urico presente, e si raccoglie il tutto in un bicchiere.

Si lava il filtro con 100 cc. di acqua distillata, e queste acque di lavaggio si uniscono al liquido che tiene disciolto l'acido urico.

Vi si aggiunge acido solforico fino a reazione fortemente acida, indi si titola con soluzione di permanganato potassico al 4‰.

La soluzione di permanganato va preparata molto accuratamente, perchè si possano ottenere buoni risultati nell'analisi.

All'uopo si pesa esattamente 1 gr. di questo sale ben secco, si pone in palloncino tarato da 250 cc. e vi si aggiunge acqua distillata fino al segno: 1 cc. di questa soluzione corrisponde a gr. 0,00857 di acido urico.

Per mezzo di una buretta graduata si lascia gocciolare sulla soluzione che contiene l'acido urico tanta soluzione di permanganato fino a comparsa di colorazione rosea persistente.

Se V è il numero dei cc. di soluzione di permanganato occorso, l'acido urico in un litro di urina, è dato dalla formula:

$$u\ ‰ = 0,034 \times V$$

La tabella seguente facilita il calcolo dei risultati.

TABELLA PER IL DOSAMENTO

Valori di V(cm³)	U ‰	Valori di V(cm³)	U ‰	Valori di V(cm³)	U ‰	Valori di V(cm³)	U ‰
1	0.034	13	0.442	25	0.850	37	1.258
1.5	0.051	13.5	0.459	25.5	0.867	37.5	1.275
2	0.068	14	0.476	26	0.884	38	1.292
2.5	0.085	14.5	0.493	26.5	0.901	38.5	1.309
3	0.102	15	0.510	27	0.918	39	1.326
3.5	0.119	15.5	0.527	27.5	0.935	39.5	1.343
4	0.136	16	0.544	28	0.952	40	1.360
4.5	0.153	16.5	0.561	28.5	0.969	40.5	1.377
5	0.170	17	0.578	29	0.986	41	1.394
5.5	0.187	17.5	0.595	29.5	1.003	41.5	4.411
6	0.204	18	0.612	30	1.020	42	1.428
6.5	0.221	18.5	0.629	30.5	1.037	42.5	1.445
7	0.238	19	0.646	31	1.054	43	1.462
7.5	0.255	19.5	0.663	31.5	1.071	43.5	1.479
8	0.272	20	0.680	32	1.088	44	1 496
8.5	0.289	20 5	0.697	32.5	1.105	44.5	1.513
9	0.306	21	0.714	33	1.122	45	1.530
9.5	0.323	21.5	0.731	33.5	1.139	45.5	1.547
10	0.340	22	0.748	34	1.156	46	1.564
10.5	0.357	22.5	0.765	34.5	1.173	46.5	1.581
11	0.374	23	0.782	35	1.190	47	1.598
11.5	0.391	23.5	0.799	35.5	1.207	47.5	1.615
12	0.408	24	0.816	36	1.224	48	1.632
12.5	0.425	24.5	0.833	36.5	1.241	48.5	1.649

Ancona, febbraio 1917.

Dott. ARGEO ANGIOLANI.

DIVAGAZIONI.

Scintille vivificatrici nella materia morta

pel dott. ENRICO BUSSA LAY
assistente all'Ospedale civile di Venezia.

Chi ha frequentato gli austeri recessi di un Istituto anatomico sa che un santo zelo induce allo studio dell'organismo umano e che questo zelo ha determinato il progresso della scienza medica, diradando le tenebre che avvolgevano la conformazione degli organi, gettando sprazzi di luce su fatti clinici oscuri, su questioni medico legali controverse.

Pure, tra i profani domina il concetto che le autopsie siano riprovevoli, odiose.

Ada Negri così investe un medico che esegue l'autopsia di una giovane donna:

Magro dottore, che con occhi intenti
Per cruda, intensa brama,
Le nude carni mie tagli e tormenti
Con fredda, acuta lama,
Odi......

L'idea della lama fredda che penetra tra le carni del cadavere o della forbice che stride recidendo i capelli, od il sordo rumore dello scalpello che intacca il cranio, suscitano brividi di orrore, proteste di pietà, non la riflessione che dalla saggia investigazione della materia morta possano sprigionarsi scintille apportatrici di luce e di vita.

Sui giornali si leggono talora trafiletti di questo tenore: « Un carrozzone cupo ha trasportato l'infelice, per ordine dell'autorità giudiziaria, nella camera incisoria, dove lo scalpello dei settori strazierà ancora le misere membra.

Il capo sì grazioso incorniciato dai biondi e serici capelli sarà sollevato dalle mani di umili inservienti ormai assuefatti al sacro spettacolo della morte... ». E così via.

Tant'è: tutti i giorni negli anditi degli ospedali si allunga una mesta colonna di persone che implorano si risparmi l'autopsia ai loro cari defunti. Cosicchè molte autopsie vengono impedite, molto materiale sottratto ai nostri studi ed alle nostre indagini. E nelle condotte non si eseguono altre autopsie che le giudiziarie, con qual danno della cultura dei medici si può immaginare. Nè il medico sogna di proporre un'autopsia, se non vuol farsi lapidare; e per soddisfare le sue mire scientifiche, deve contentarsi di sfruttare il tenue fardello dei ricordi universitari.

Come ovviare all'inconveniente? Lo suggerì il Pieraccini: « ... sarebbe giusto, equo, morale ed utile che per legge di Stato si concedesse facoltà ai medici di praticare sempre ed ovunque quelle necroscopie che i medici stessi reputassero necessarie alla loro educazione scientifica od all'incremento della scienza in generale, che si rendesse obbligatoria l'autopsia per tutti i defunti negli Istituti governativi o municipali e particolarmente negli ospedali ».

La questione si dibatte da moltissimo tempo, ma siamo sempre allo stesso punto.

Più che della forza della legge, si dovrebbe forse far uso di quella che viene dalla persuasione. E dappertutto i medici dovrebbero smantellare i vecchi pregiudizi e far trionfare criteri moderni sui vantaggi conseguibili da una maggior diffusione delle necroscopie, riferendosi anche alle condizioni della medicina nei diversi periodi storici, per dimostrare quale benefica influenza abbia esercitato il collegamento dei fatti clinici con quelli anatomici.

***

Che cosa era infatti la medicina in tempi antichi, prima che fosse istituito questo metodo di indagine?

La letteratura c'insegna che gli Indocinesi, gli Egizi, i Fenici si occuparono di medicina; ma questa rimase ad un livello infimo, perchè priva di quella luce che deriva dai fatti anatomici: era considerato sacrilegio il mettere mano ai cadaveri.

Presso gli Etruschi i sacerdoti Aruspicini ed Estipticini ispezionavano i visceri degli animali sacrificati, a solo scopo religioso, economico e industriale.

I Pitagorici usarono primi l'investigazione e dimostrazione dei fatti naturali, ma rifuggirono, con sacro orrore, dalla pratica delle necroscopie, epperò neanche presso di loro la medicina eccelse ad un alto grado.

Ippocrate, depositario della scienza medica dell'antichità greca, fra altre verità proclama: « L'anatomia è il principio ed il fondamento dell'arte medica; il primo ed il più utile studio di essa è di osservare le varietà della forma e della posizione normale degli organi. Ogni discorso e ragionamento in medicina deve rivolgersi alla natura del corpo umano ». Ma altrove Ippocrate mitiga il suo concetto: « Il gladiatore nel circo, il soldato nel campo ed il viandante assalito dagli assassini sono feriti in modo che essendo scoperta in uno qualcuna delle parti interne, altre in un altro, possano manifestare al medico prudente ed osservatore la sede, l'ordine, la figura di esse senza che si sparino i cadaveri, opera se non crudele almeno fastidiosa..... ».

Aristotele, una delle più vaste menti dell'antichità, studiava l'anatomia sui mammiferi. Sulla struttura e sulla funzione degli organi del corpo umano sostenne vari errori. Così credeva che i nervi nascessero dal cuore, che il cervello fosse un ammasso di terra e di flemma destinato a moderare l'ardore del cuore. Si comprende da ciò solo come dovessero essere imperfette le sue cognizioni mediche.

Si ha il primo tentativo di dissezione del cadavere umano, con fine scientifico, in Erofilo ed Eresistrato. Celso li accusa, anzi, di aver tagliati vivi nel carcere i corpi dei malfattori. Eresistrato dimostrò come fosse erronea l'opinione che ammetteva il passaggio delle bevande dalla bocca nel polmone e fece rilevare la differenza fra la trachea e le arterie.

Celso e Galeno traevano la maggior parte delle cognizioni anatomiche dalle scimmie e dai cani. Numerosi quindi gli errori di cui vanno sparse le loro descrizioni. Per Galeno l'osso sacro risultava di tre vertebre, lo sterno di sette pezzi, come nella scimmia; sosteneva nei ventricoli laterali essere segregato quel muco che attraverso i fori della lamina cribrosa passa nelle narici.

Gli Arabi, che stimavano importante lo studio dell'anatomia, consideravano però sacrilega ed empia la dissezione dei cadaveri.

Nel loro metodo di indagine manca qualsiasi indirizzo sperimentale, onde la loro medicina fu empirica e fantastica.

Nel Medio Evo l'arte medica era in mano delle donne, e consisteva tutta in pratiche superstiziose ed incantesimi. Per esempio si apprende dalla Tavola Rotonda che Tristano, per guarire d'una ferita alla testa, fu costretto ad andare nella Piccola Brettagna ed affidarsi alle cure d'una regale fanciulla, Isotta la bionda, cui la madre Lotta (la più erudita medichessa dell'epoca) aveva insegnato l'arte della medicina. Ma non soltanto le donne regali, anche le fantesche facevano le medichesse.

Questo deplorevole stato della medicina non sfuggì all'acuto sguardo dei due fari della letteratura: Dante e Petrarca. Il primo invano diceva « l'esperienza esser suol fonte ai vivi di nostr'arte ». Ed il secondo « la medicina del tempo « esser non una scienza ma un'arte guasta e corrotta »; i medici non pensatori ma imitatori meccanici degli Arabi.

Ma già ai tempi di Federico II vediamo il medico accingersi alla dissezione del cadavere.

Federico II emanava una legge in forza della quale vietavasi l'esercizio della chirurgia a chiunque non avesse presentato documenti che attestassero lo studio dell'anatomia del corpo umano in modo da esser perfetto in questa istituzione « sine qua nec salubiter incisiones fieri poterint nec factae curari ». Tuttavia la stessa scuola salernitana, protetta dall'imperatore svevo, subiva il giogo della dottrina degli Arabi col bagaglio dei sillogismi e della astrologia.

Bisogna scendere al secolo XV per veder fiorire gli studi anatomici, di pari passo con quelli patologici e della terapia. Nell'Università di Bologna, sotto l'impulso del Mondini, si praticavano sezioni anatomiche sui cani e sui porci ed anche su qualche cadavere di giustiziato, che gli allievi per amor di studio dissotterravano. E quando Carlo V, infrante le restrizioni clericali, rese libero il culto delle dissezioni, fu possibile a Vesalio iniziare la moderna anatomia che rettificò gli errori di Galeno. Fu allora possibile che sorgessero tanti illustri anatomi e medici, quali Eustachio, Falloppio Aranzio, Botallo, Serveto. Apparvero le prime Accademie naturali e scientifiche.

Malpighi affrontò le ire dei suoi maestri, quando nella tesi di laurea condannò gli Arabi e gli Scolastici.

Intanto il metodo positivo del Galilei informava tutte le scienze.

Battendo la via iniziata dai predecessori, Morgagni alle descrizioni anatomiche aggiungeva l'osservazione e la critica, per indagare le cause e le sedi delle malattie. Poi l'applicazione del microscopio all'anatomia, inaugurato in Italia dal Malpighi e dal Mascagni, portava nel 700 a grandi scoperte fondamentali. La medicina veniva rinnovandosi.

***

L'incremento della scienza medica si collega con quello delle altre scienze, ma la base è costituita dalla conoscenza della struttura del corpo umano.

Questa permette di comprendere le funzioni normali e anormali degli organi, come l'apprezzamento delle alterazioni di funzione permette di risalire alle alterazioni anatomiche. Non altrimenti il meccanico che conosce i congegni d'una macchina, potrà farla funzionare; come, sapendone rilevare i difetti ed i guasti, potrà ripararla.

Il clinico studia al letto dell'infermo i sintomi di una malattia la cui diagnosi è dubbia e che reclama un esito letale. L'anatomo-patologo osserva le alterazioni e le lesioni degli organi sul cadavere e mette in relazione queste con i sintomi morbosi presentati dal malato in vita.

Per mezzo di questo sistema di controllo hanno compiuto la loro magnifica evoluzione la patologia medica e la chirurgica su cui riposa l'edifizio grandioso della scienza medica.

Vediamo ora quali vantaggi seguirebbero ad *un più largo esercizio delle necroscopie.*

Nella cultura del medico pratico questo esercizio assurgerebbe al grado di controllo che darebbe incitamento ad una maggior vigilanza del malato e sarebbe una palestra che affinerebbe le cognizioni.

La maggiore estensione della nobile istituzione avrebbe, inoltre, uno speciale valore nella compilazione delle statistiche, in quanto nelle denunzie si parla spesso di *supposte* cause di morte; avrebbe un incontestabile valore nei riguardi della medicina legale, pel fatto che molti decessi improvvisi ed inesplicabili avrebbero una lucida spiegazione.

Naturalmente la garanzia dei dati statistici offrirebbe poi un mezzo per creare leggi regolatrici in difesa della salute pubblica, per l'assegnazione delle professioni e forse, in un avvenire non prossimo, per regolare il matrimonio.

Il valore di questi benefici solo il tempo potrà comprovare, ma non può esser dubbio.

Pur troppo anche nel ceto medico non manca taluno, come il Weresaeff, che muove guerra alle autopsie e trova volgare e brutale l'investigazione sul corpo del malato. E non è il solo!

Tra i miei ricordi personali mi sia lecito di spigolare il seguente esempio, a sostegno della mia tesi.

A Firenze da parecchi anni fu stanziata nel bilancio comunale una certa somma per la esecuzione gratuita delle necroscopie richieste da famiglie povere.

In una famiglia di operai un bambino moriva in seguito ad una grave affezione cerebrale a diagnosi dubbia. Trattavasi probabilmente di uno di quei casi in cui la diagnosi viene fatta solo in via di approssimazione, quando al diagnostico si voglia giungere attraverso una serie rigorosa di ragionamenti.

Orbene il medico curante in forza di quella disposizione amministrativa suggerì alla famiglia del morto di chiarire con un giudizio anatomo-patologico la diagnosi clinica. Ed il padre del bambino riuscì a convincersi di questa dura necessità scientifica, superando il tradizionale sentimentalismo, e si recò all'ufficio di igiene. L'operaio, anzichè venir accolto con entusiasmo dagli impiegati, non certo avvezzi ad assistere ad esempi così palpitanti di alta evoluzione civile, fu messo in ridicolo per l'inaspettata richiesta.

L'autopsia, per le difficoltà mosse dai burocratici, non ebbe luogo.

Ma l'atto dell'operaio rimane sempre una solenne lezione per coloro che vedono nelle necroscopie un sacrilegio al cadavere.

Nell'esercizio non breve della condotta, sono stato più di una volta tormentato dal desiderio scientifico di squarciare col coltello anatomico il mistero che aveva avvolto un complesso quadro clinico e più volte ho rimpianto le prerogative di una sala anatomica universitaria od ospedaliera.

Per quanto il problema sia stato da tempo patrocinato abilmente da altri di me più degno, anche a me, nell'umile veste di medico, occorse toccare l'argomento con qualche intellettuale cultore di problemi sociologici o di discipline mediche. Ed ebbi per fortuna la soddisfazione di trattenermi con persone che trovavano opportuna una maggior diffusione delle necroscopie e l'estensione del diritto, legalizzato alle condotte.

Tanto che credo non esser lontano dalla realtà se assevero non lontano un giorno in cui il concetto dello spregio al cadavere, di fronte alle ricerche prudenti ed accurate e nell'interesse della comunità, sarà scomparso. Poichè queste ricerche non sono altro che sprazzi di luce nelle tenebre, scintille vivificatrici nella materia morta....

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medica chirurgica di Bologna.

Comunicazioni scientifiche (1916).

Osservazioni intorno a 20 casi di Gangrena gassosa.

Dott. G. CAVINA (tenente medico Ospedale da guerra n. 10 Croce Rossa). — Di questi casi solo tre erano di ferite agli arti superiori, tutti i rimanenti essendo di lesioni agli arti inferiori. Nella maggior parte si trattava di ferite complicate da profonde lesioni dello scheletro, come fratture comminutive del femore, della tibia, ecc. Il più sovente risultò che scheggie di shrapnell o di granata avevano determinata la ferita.

Il segno della *crepitazione* (dovuto a raccolta di gas nel connettivo sottocutaneo) si mostrò costante, e però dovrebbe essere di guida nella diagnosi differenziale con altre forme affini alla gangrena gassosa. I casi osservati si possono raggruppare in due categorie di gangrena gassosa. *Forma diffusa*, in cui tutto l'arto è invaso dal processo morboso, per cui si presenta enormemente tumefatto, crepitante alla palpazione, colla cute di color violaceo e coperta di vescicole o flittene, ecc. *Forma circoscritta* o flemmone gassoso, nella quale la infiltrazione di gas è limitata al focolaio della ferita e non ha tendenza ad espandersi. In ogni forma ai fatti locali si associarono *fenomeni generali* sempre molto gravi, e cioè febbre, dispnea, polso piccolo e frequentissimo, albuminuria e urobilinuria, tinta terrea del viso o anche subitterica, ecc. Tale quadro si chiuse spesso colla morte. Il *trattamento terapeutico* si mostrò purtroppo assai spesso impotente a combattere il male. Nelle forme circoscritte si praticarono generosi sbrigliamenti, e nelle diffuse si procedette di regola all'immediata amputazione dell'arto. Il disserente crede che si debba sperare molto più dalle *misure profilattiche* che dai mezzi terapeutici, e su esse si intrattiene.

Sulla gangrena gassosa.

Prof. G. ROCCHI (assistente Clinica Chirurgica R. Università). Ha studiato batteriologicamente sei casi di gangrena gassosa. In quattro vide germi del tipo *b. putrifico*, nell'altro il *b. dell'edema maligno*. Guarirono tre casi, due trattati coll'intervento mutilante e uno con ampi sbrigliamenti; negli altri tre l'esito fu mortale nonostante le cure chirurgiche e mediche. Crede che il *b. perfrigens* sia l'agente determinante il maggior numero delle forme gravi, invadenti e quasi sempre mortali di gangrena gassosa. Rammenta poi i moderni tentativi di vaccino e sieroterapia.

Epidemia colerica di trincea.

Dott. U. MASSI (tenente medico Ospedale Croce Rossa n. 35). — Si richiama la precedente comunicazione (vedi *Policlinico*, n. 8, pag. 250), onde mettere in più evidente luce questo dato di fatto di notevole importanza batteriologica e cioè: non è possibile talvolta l'ottenere culture di vibrione, e in acqua peptonizzata e in agar Dieudonné, da feci di colerosi, pur essendo questi, tali per sicura e facile diagnosi clinica, accertata poi anatomo-patologicamente per le alterazioni del tenue, del rene, del fegato, laddove invece da questi stessi colerosi è possibile l'ottenere culture di vibrioni dal contenuto intestinale o dalla bile. Laonde è lecito dire che esiste un gruppo di colerosi diagnosticabili per lo sviluppo del vibrione di Koch solamente dal contenuto intestinale o dalla bile.

Le condizioni igieniche di alcuni lavatoi di Bologna.

Prof. V. PUNTONI (assitente e docente di batteriologia nella R.Università). — Riferisce delle ricerche batteriologiche, dirette alla profilassi igienica e sociale.

Morbo o sindrome di Still?

Dott. A. LORENZINI (assistente della Clinica Pediatrica). — Poichè la forma clinica e le consimili che vanno sotto tale denominazione sono ancora oggetto di studio e di discussione nei riguardi eziologici e patogenetici, egli riferisce ampiamente sopra un caso capitato nella clinica, dato da un bambino di tre anni, nativo di Quistello in quel di Mantova. La copia di notizie anamnestiche attinte da fonte diretta, i diari della non breve degenza in clinica, i ripetuti esami obbiettivi fisici ed umorali, insieme all'accurata disamina dei fatti raccolti su tale caso, costituiscono pertanto un contributo clinico allo studio della *poliartrite cronica infantile*. È stata questa variamente denominata: artrite deformante, artrite fibrosa, artrite anchilosante progressiva, artrite reumatoide, reumatismo nodoso, reumatismo cronico deformante, reumatismo cronico infettivo, reumatismo cronico tubercolare, morbo di Still, poliartrite secca, poliartrite cronica. E qui bisogna distinguere le forme di poliartrite cronica infantile secondarie da quelle primitivamente croniche, e queste appunto sono notevolmente rare. In queste ultime rientra la forma descritta dallo Still nel 1897, la quale, oltre ad ingrossamenti articolari multipli, simmetrici, pressochè indolenti, lieve febbre più o meno cronica, ha per caratteristica il tumore di milza, le tumefazioni delle glandole linfatiche periferiche e l'assenza, anche dopo lunga durata, di processi distruttivi a carico delle articolazioni ingrossate. Il caso clinico che il disserente illustra rientra in questa forma, per la quale egli svolge queste due domande. Natura del processo morboso? Deve mantenersi il carattere di individualità morbosa alla forma descritta dallo Still o piuttosto deve questa rientrare nel gruppo delle poliartriti dell'infanzia primitivamente croniche? E a tale ultimo concetto risponde affermativamente.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

Riunioni medico-militari di Ferrara e Rovigo (istituite dall'Accademia delle Scienze mediche e naturali di Ferrara).

VI Riunione ordinaria

Ferrara - Palazzo dell'Università - 26 nov. 1916.

Prima riunione di un ciclo dedicato all'argomento dei mutilati funzionali.

Presidenza: G. BOSCHI.

I mutilati funzionali (Prolusione)

BOSCHI. — Spiega il concetto di mutilato funzionale; abbozza il programma del Corso, del quale faranno parte comunicazioni interessanti e svariate di alcuni oratori, e proposte pratiche da sottoporre alle autorità competenti. Seduta stante l'O. esprime una serie di voti enuncianti disposizioni aventi lo scopo di indurre a farsi operare i mutilati funzionali restii alla accettazione dell'intervento indicato.

Tali voti saranno posti all'ordine del giorno della prossima riunione.

Le lesioni di guerra dei nervi periferici. Parte I: Anatomia patologica e semeiotica.

LUZZATTO. — Parla dei meriti della scuola francese nello studio di queste forme morbose. Espone i principî fondamentali della rigenera-

zione nervosa ed i vari tipi di lesione completa ed incompleta del nervo.

Passa poi alla esposizione dei principali dati semeiologici (tono, dolore, motilità, sensibilità, fatti trofici, riflessi, reazioni elettriche); ricorda gli studi di Cavazzani sulla dissociazione delle varie sensibilità, nonchè tutti i procedimenti moderni atti a farne riconoscere le alterazioni.

Insiste molto sulla semeiotica delle funzioni trofiche e dei sintomi dolorosi, essendosi appunto su questo terreno eseguite le ricerche più recenti e più importanti.

NERI. — Osserva la coincidenza della ipertricosi nelle paralisi periferiche ed avanza l'ipotesi che l'ipertricosi sia un effetto dell'ipernutrizione portata dall'aumento di calore.

CAVAZZANI. — Rileva il fatto che bene spesso le lesioni dei tronchi nervosi, nei soldati combattenti, sono seguite da esiti più gravi di quelli che si osservano nei civili: ed esprime il desiderio che su questo punto si sviluppino ricerche dirette a riconoscere l'importanza patogena dell'elemento «*guerra*». Richiama poi le ricerche del Perroncito: e rimette sul tappeto la questione della possibilità di una cicatrizzazione per prima intenzione dei nervi periferici, di capitale importanza nel trattamento delle ferite. Per quanto riguarda il limite che dovrebbe segnare la cessazione del trattamento medico, per procedere a quello chirurgico (sutura e *greffe nerveuse*), si oppone alla sua fissazione al quarto mese dalla lesione, perchè la sua personale esperienza gli permette di dire che un conveniente trattamento elettroterapico può portare a buoni risultati in periodi di tempo ben più lunghi, purchè eseguito con diligenza ed oculatezza.

Oftalmoplegia interna ed esterna unilaterale, verificato in un soldato del 27° Fanteria.

CAVAZZANI. — Accenna alla possibilità che, se il detto soldato, anzichè dal deposito, venisse dal fronte, con qualche ferita cranica, sarebbe posto il quesito medico legale delle cause dell'oftalmoplegia, la quale potrebbe essere giudicata di origine traumatica, mentre non lo è. Presenta fotografie del soggetto illustrandone lo stato, caratterizzato da paralisi totale dello sfintere irideo e del muscolo ciliare e da paralisi del retto superiore ed interno. Discute la natura della lesione e conclude domandando ai presenti la conferma del suo giudizio, trattarsi cioè di alterazione parziale dei nuclei d'origine del nervo oculomotore, forse congenita, più probabilmente emorragica.

Ottenuto il consenso, l'O. rileva l'importanza del caso che permette di trasportare all'uomo i risultati delle esperienze del Bernheimer sulle scimmie, rispetto alla suddivisione del detto nucleo, risultati che erano stati criticati dal Back, contrastando specialmente l'asserto che il campo del nucleo dell'oculomotore comune nella scimmia sia da considerare perfettamente eguale a quello dell'uomo.

PISTOCCHI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche

Seduta del 15 *febbraio* 1917.

Un caso di puntura lombare nel feto durante l'estrazione podalica per vizio pelvico, in donna già operata di taglio cesareo (Presentazione della donna).

COSTA ROMOLO. — Riferisce un caso di una donna affetta da bacino totalmente ristretto piatto rachitico, con coniugata vera di cm. 8,2, sulla quale mise in pratica, con risultato soddisfacentissimo, la puntura lombare nel feto, durante l'estrazione podalica, per dar esito al liquido cefalo-rachidiano e permettere una maggior riduzione della testa fetale, secondo i concetti precedentemente illustrati (*Annali d'ost. e gin.*, 1916 - *Gazzetta degli ospedali e delle clin.*, 1916).

Il feto era a termine (gr. 3200). La versione e l'estrazione con puntura lombare vennero messi in atto dopo che si ebbe a constatare che, malgrado validissime contrazioni uterine e travaglio lungo, la parte presentata (vertice) non s'impegnava.

La stessa donna, tre anni innanzi, era stata sottoposta a taglio cesareo per via extraperitoneale. Anche allora il vertice non si era impegnato malgrado l'energia delle contrazioni e la lunghezza del travaglio.

Ancora sulle paralisi traumatiche di origine riflessa.

BOVERI P. — Rivendica a sè il merito della prima osservazione fatta in Italia di paralisi traumatica di origine riflessa e pensa che queste forme, almeno in molti casi, siano in rapporto alla inazione prolungata, senza il concorso di vere lesioni di nervi o di vasi, In altre parole l'immobilità esageratamente prolungata potrebbe da sola produrre delle turbe della nutrizione e del tono dei muscoli e per conseguenza dei disordini nella reazione della eccitabilità meccanica ed elettrica, nonchè delle turbe tossiche e vasomotorie.

Studi sull'ittero infettivo da spirocheta.

CESA BIANCHI D. — In due soldati, dei molti esaminati, presentanti un ittero febbrile con sintomatologia generale grave, l'O. ha potuto

dimostrare che la malattia era sostenuta da un microrganismo presentante tutte le caratteristiche della spirocheta d'INADA e IDO, grazie alla riproduzione nelle cavie iniettate in peritoneo col sangue dei malati, della tipica spirochetosi ittero-emorragica.

L'O. esposta la sintomatologia generale dell'ittero febbrile da spirocheta, manifestatosi nel nostro come in tutti gli eserciti attualmente combattenti, esposti i fenomeni morbosi che si determinano nelle cavie iniettate, il quadro anatomo patologico e le lesioni istologiche, si diffonde sopra tutto sul modo di comportarsi del virus di fronte ai principali agenti esterni fisici e chimici.

Il virus, esaltato attraverso successivi passaggi nella cavia — l'O. è attualmente arrivato alla 34ª generazione — non è filtrabile attraverso candele BERKEFELD e CHAMBERLAND, è inattivato sottoposto a termperatura di 55°, è attenuato e non riproduce più che una forma lieve di malattia sottoposto a temp. di 45°, è pochissimo resistente al freddo, alla luce solare, alla putrefazione, alla pressione osmotica ed alla reazione dell'ambiente in cui viene a trovarsi. Trattasi, in breve, di un virus estremamente labile; per questo e per alcune considerazioni epidemiologiche l'O. non ritiene che, di regola, nell'uomo la trasmissione della malattia avvenga direttamente per contatto o per via gastrica per mezzo delle acque o degli alimenti inquinati; è assai più probabile che il contagio avvenga per mezzo di un ospite intermediario, probabilmente un insetto ematofago.

Da ultimo l'O. conferma con le sue ricerche i risultati immunitarî e sieroterapici ottenuti dagli studiosi giapponesi ed espone i primi reperti ottenuti dalle ricerche chemoterapiche sin qui istituite.

La coltivazione " in vitro „ della " Spirochaeta icterohaemorrhagiae „.

CESA BIANCHI D. e VALLLARDI C. — Partendo dal virus isolato da uno di loro, gli AA. sono pervenuti ad ottenere colture pure della spirocheta dell'ittero emorragico (INADA e IDO) ed a riprodurre con questo materiale nelle cavie comunque infettate (sottocute, in periteneo, nelle vene) il quadro morboso ed il reperto anatomico tipico della spirochetosi ittero emorragica. Come materiale di coltura si prestano meglio i mezzi liquidi (essudato pleurico, liquido ascite, siero di coniglio); come materiale d'innesto il sangue prelevato sterilmente con puntura del cuore da cavie appena morte od agonizzanti, presentanti il quadro tipico. Optimum di temperatura 25 C°. Materiale di coltura che finora sembra prestarsi meglio è il liquido ascite diluito a metà con acqua distillata. Durata media dello sviluppo 8-15 giorni. Anaerobiosi facoltativa.

Se le colture non sono state inquinate si ha — non sempre però — un rigoglioso sviluppo dei germi, senza produzione di gas e senza intorbidamento del mezzo. Morfologicamente i germi coltivati *in vitro* presentano le stesse identiche caratteristiche di quelli che si osservano *in vivo;* nessun segno di quella struttura granulare, osservata dagli AA. tedeschi ed anche dai giapponesi, che sta forse ad attestare uno stato degenerativo del virus. I parassiti *in vitro* si presentano forse alquanto più lunghi e dotati di una più vivace mobilità.

Condizione strettamente necessaria per ottenere lo sviluppo è che le colture non siano inquinate con altri germi; se si verifica un inquinamento in colture anche rigogliose le spirochete scompaiono in brevissimo tempo.

Nei mezzi solidi invece (agar-sangue), nei quali lo sviluppo è assai più lento e meno rigoglioso, sembra che la spirocheta dell'ittero emorragico possa svilupparsi anche in condizioni di non assoluta purezza.

Contributo alla vaccinoterapia della febbre tifoide.

PRETI L. — Ha trattato 20 tifosi con vaccino tipo LÖFFLER e 42 con vaccino tipo VINCENT.

Dai risultati ottenuti è tratto a concludere, che la vaccinoterapia nel tifo esercita una certa influenza benefica sul decorso della malattia, poichè ad essa segue alcune volte uno sfebbramento definitivo, mentre altre volte si osserva solo una remissione della temperatura. Però la vaccinoterapia non sempre si dimostra efficace e neppure riesce ad evitare le ricadute.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Moderni concetti sulla setticemia e le complicanze renali nella tifoide.

E. MARAGLIANO. — *Cronaca della Clin. med. di Genova*, 1915.

L'A. comincia con l'esporre le storie cliniche di 3 infermi, affetti da febbre tifoide. Il primo, un giovane di 24 anni, ebbe temperature, che non raggiunsero mai i 40°, e si ebbe completa apiressia in 30ª giornata di malattia. In questo infermo esisteva albuminuria, nella proporzione del 2 ‰, ridottasi lentamente. Nel sedimento dell'urina si trovavano globuli bianchi degenerati, globuli rossi, rare cellule renali, rari cilindri ialini e granulosi. L'esame culturale del sangue ha dimostrata la presenza dei bacilli di Eberth, circolanti nel sangue.

La curva termica del secondo malato ha raggiunto cifre anche alte, con massimi di 40°,2 e minimi di 39°. Si aveva stato soporoso, cefalea intensa; ed anche in questo infermo fu trovato il bacillo di Eberth nel sangue circolante. Nell'esame dell'urina lieve albuminuria: dal 0.50 al 0. 75 ‰; nel sedimento scarsi cilindri ialini e granulosi, cellule renali, leucociti.

Nel terzo malato la malattia esordì con coriza, lacrimazione, fotofobia, dolori ai bulbi oculari, cefalea, brividi, tosse: dopo qualche giorno subentrarono i segni tipici dell'infezione tifoide. Al decimo giorno di malattia fu costatata la setticemia tifica ed evidenti sintomi d'alterazione renale, con tracce di albumina nelle urine, e, nel sedimento, epiteli renali, globuli rossi, scarsi leucociti, cilindri ialini e granulosi. La temperatura oscillò fra 39° e 40°. Un tempo si riteneva che la setticemia tifosa fosse un fatto eccezionale, a cui si attribuiva un grave significato. È merito dell'A. aver sostenuto fin dal 1882 che il bacillo di Eberth si poteva riscontrare con grandissima frequenza nel sangue splenico dei tifosi. Ben a ragione i trattatisti moderni hanno scritto che setticemia è un fatto costante nella febbre tifoide, come lo è anche in altre infezioni, quali la polmonite, l'eresipela, la tubercolosi, ecc. Il fatto di riscontrare una setticemia non è da valutarsi in modo aggravante per la prognosi delle malattie infettive, almeno in molti casi. Sappiamo infatti che la virulenza dei batteri oscilla entro limiti estesi, e non tutti gli individui si comportano ugualmente di fronte alla stessa infezione. Ogni organismo reagisce all'invasione batterica con la formazione di anticorpi e dalla più facile, o più laboriosa formazione di questi anticorpi dipende il diverso modo di comportarsi dell'organismo di fronte alla causa morbigena. Salvo rare eccezioni, i germi infettivi non trovano nel torrente circolatorio condizioni di vita favorevoli.

Ogni volta che esiste albumina nelle urine, con tutti i dati, che la fanno ritenere di origine renale, si deve ammettere una turbata nutrizione e resistenza del tessuto renale. L'urina di un soggetto perfettamente sano non deve offrire traccia alcuna di albumina. Le albuminurie così dette fisiologiche rispondono ad un concetto del tutto erroneo: è vero che l'albumina si può riscontrare anche nelle urine di persone, le quali stanno apparentemente del tutto bene, ma non per questo l'albuminuria è fisiologica.

L'albuminuria ci indica sempre qualche cosa di anormale, di patologico: una alterazione dell'epitelio renale.

Così tutte le volte che in un tifoso osserviamo l'albuminuria, occorre dire che i reni sono coinvolti nel ciclo morboso. Nei tre malati la partecipazione del rene è stata diversa. L'albuminuria non può però dirsi sempre indice di maggior gravezza del processo: essa ha significato grave solo quando gravi sono le lesioni renali, da cui dipende.

Nel primo malato i fatti renali assurgono a maggiore importanza. Egli ebbe in passato una pleurite e fu contagiato di lues. Attualmente all'ascoltazione delle fosse sopraspinose si odono scarsi rantoli a piccole bolle. dolente è la regione renale ed aumentato di volume il rene destro, verificato alla palpazione ed alla percussione. In casi di ematuria nel corso del tifo bisogna vedere se essa dipenda da uno stato emofiliaco, indotto dall'infezione (epistassi, fatti emorragici cutanei, ecc.), o se invece dipende soltanto da uno stato congestizio renale; nel caso in esame si deve propendere per la seconda ipotesi. Ricercando inoltre gli anticorpi tubercolari nel sangue col metodo Bordet e Gengou, si è avuto risultato positivo, sicchè il sospetto di una tubercolosi in atto è più che fondato. Ed allora ci si può domandare se nel rene di questo malato non esistessero focolai lenti di tubercolosi, che la malattia attuale ha riattivati: in ogni modo in questo infermo le complicanze renali non portarono alcun aggravamento della fenomenologia morbosa tipica, nè alcun camiamento del classico indirizzo curativo.

L'infezione tifoide, come ogni infezione acuta, ha una fenomenologia fondamentale ed una accessoria: la prima connessa all'infezione stessa, la seconda in dipendenza del terreno, nel quale essa si svolge. A seconda della vulnerabilità maggiore di questo, o quell'organo, si hanno le più spiccate varietà del grado sintomatologico: sintomi nervosi nei soggetti compromessi nel loro sistema nervoso; complicanze polmonari in quelli con speciale vulnerabilità dei polmoni; complicanze renali in quelli con reni non in perfetto stato, sin da prima che avessero contratta l'infezione tifoide.

P. C.

L'importanza clinica della roseola tifosa.

Singer (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1916, n. 35) sostiene che l'esantema del tifo addominale ha un significato clinico e prognostico della maggiore importanza. Le sue ricerche lo condurrebbero ad affermare che esiste un rapporto inverso tra la gravità dell'infezione e la ricchezza dell'esantema. L'A. adoperando il metodo suggerito da Neufeld, trapiantando cioè con molta rapidità nei comuni mezzi nutritivi pezzi di cute con roseola, potè sempre ottenere lo sviluppo di bacilli dal tifo. D'altra parte il notevole pallore della cute negli ammalati con emorragie intestinali o anche con emorragie interne occulte, la circostanza che con la iperemia attiva si possono determinare artificialmente roseole e che infine queste si manifestano con maggiore intensità nelle parti declivi del corpo proverebbero anche che l'affezione specifica della cute è determinata dall'azione diretta dei bacilli trasportati per la via del sangue. Al riguardo il Singer fa notare che, come attraverso i reni, è possibile che i bacilli tifosi siano eliminati anche per la via della cute. E come il rene può risentire danno dalla sua funzione di eliminazione dei germi morbosi, così anche la cute nel tifo addominale può subire delle alterazioni mentre provvede ad una funzione utile per l'organismo, quale è quella di espellere elementi dannosi. Questa considerazione fa sorgere il sospetto che la cute del malato costituisca una sorgente di infezione non trascurabile e suggerisce le adeguate misure profilattiche.

Comunque sia è certo che la roseola è un sintomo di grande importanza diagnostica, specialmente oggi che la diffusione della vaccinazione ha diminuito il valore dell'emocultura e delle reazioni agglutinanti. Bisogna per altro tener conto che specie nei primi stadii i dati clinici grossolani non sono sufficienti per distinguere l'esantema del tifo, da quello del paratifo, della setticemia, della meningite cerebro-spinale e del tifo petecchiale. Per una diagnosi differenziale esatta un buon mezzo sussidiario è quello microscopico e culturale di frammenti di cute con roseola. Questi, secondo il metodo proposto da Fränkel, vengono, subito dopo escissi, passati in tubi di brodo, che sono poi mantenuti qualche po' in termostato. In caso di tifo le culture presentano il germe specifico e le sezioni di cute si mostrano al microscopio infarcite di bacilli, che si raccolgono specialmente negli spazii linfatici del corpo papillare.

a. a.

Appunti sulla tifoide.

Il tifo considerato come ipoleucia splenica. — Quando si parte dal punto di vista che una malattia è una serie di processi vitali, in di pendenza della organizzazione interna del corpo e legati a forme tipiche di manifestazione. si comprende come la causa batterica (il bacillo specifico) non può scambiarsi con l'eziologia.

Nel tifo noi possiamo considerare tre momenti patologici: la sepsi con la batteriemia, la lesione del midollo osseo emoblastico con la leucopenia e la proliferazione a grandi cellule nella milza e nelle ghiandole mesenteriche con conseguente necrosi.

Il Franch ha dato il nome di aleucia ad una sindrome isto-ematologica caratterizzata dalla scomparsa dal circolo dei granuli eosinofili e neutrofili e delle piastrine. Lo stesso A. (*Deut. med. Wochenschr.*, 1916, n. 33) fa notare che tale sindrome si trova in certe intossicazioni (da benzolo), nella linfogranulomatosi, nel kala-azar e nel tifo: si ottiene lo stesso effetto partendo da cause morbose diverse.

Il tifo sarebbe dunque da considerarsi come una ipoleucia splenica; quando la neutropenia sia estrema, si tratta di sepsi gravissima con tendenza alle emorragie, cioè di aleucia emorragica.

Mezzi diagnostici. — Analogamente alla reazione di Schick per la diagnosi di difterite, L. Jeanneret (*Rev. médic. de la Suisse romande*, 20 ottobre 1916) propone per la diagnosi di tifoide l'intradermoreazione. Si prepara come per la tubercolina la tossina tifica in soluzione glicerina fenicata a diluizioni da 1/10 a 1/1000. L'intradermoreazione di 1/10 di cmc. produrrebbe negli individui affetti da tifo una maculo-papula o una piccola vescicola dura.

La dieta ad alto contenuto di calorie. — Secondo le moderne tendenze, nella dieta per i tifosi si dovrebbero raggiungere le 4000-6000 calorie. Alla perdita di albumina, connessa con la febbre ed inevitabile con gli antichi sistemi dietetici, si può ovviare con un'accurata scelta di cibi, ben digeribili, e alla termogenesi con carboidrati. Le ricerche di Du Bois hanno dimostrato, di fatto, che il tifoso è capace di digerire e di assorbire tale dieta, e che solo il 5 % delle calorie ingerite è perduto con le feci; solamente l'assorbimento dei grassi è disturbato nella prima settimana di malattia.

Con la dieta mista, il paziente viene protetto dall'inanizione e dalla perdita di forze, cosa di speciale importanza per i casi a decorso prolungato. Di più l'organismo che non perde di peso è più resistente, e con maggiore facilità potrà formare degli anticorpi. Ancora: con una dieta unicamente liquida si ha lo svantaggio di introdurre nell'organismo delle eccessive quantità di liquido e quindi di sovraaffaticare il cuore ed eventualmente favorire la formazione di edemi. Sembra anche che, con la dieta non esclusivamente liquida, migliorino non poco anche le condizioni della bocca, lingua e denti. L'essenziale è di fornire un cibo, che non irriti e non provochi un'indebita peristalsi.

Il latte non è abolito da queste diete, esso anzi ne forma la base: se ne danno 2-2 ½ litri, con ¼ di litro di crema; 4 o 5 uova e delle minestre; non vi è nessuna controindicazione per le carni tenere, raschiate o tritate, ciò che del resto diversi chimici italiani consigliano da tempo.

Kenneth E. Kellogg (*Medical Record*, 7 agosto) consiglia di dare il solo latte nel primo stadio dei casi gravi, e del resto sarà difficile persuadere il paziente con anoressia marcata a prendere una dieta diversa dalla liquida, nella prima o seconda settimana. Le zuppe preparate con 100 gr. di farina, di riso, di avena, di tapioca sono molto consigliabili. Si possono poi aggiungere altri cibi, come fette di pane arrostite e spalmate di burro, uova strapazzate, confetture e dolci, cereali, purée di patate, conserva di mele, ecc.

Nel periodo discendente della curva febbrile e durante la convalescenza, si può arrivare, secondo Coleman, fino a 6000 calorie al giorno! Questo autore asserisce anzi che una dieta cosiffatta modifica l'andamento della malattia, accorcia la convalescenza, riduce la mortalità e diminuisce le probabilità di emorragie e di perforazioni.

FIL.

IGIENE.

L'educazione fisica nella scuola.

Nelle sue finalità e per i mezzi di cui dispone onde conseguirle, deve oramai considerarsi come una branca della scienza medica, e più particolarmente delle discipline igieniche, perchè essa tende ad impedire le conseguenze nocive dello studio su organismi deboli in via di accrescimento, a mantenere integra la loro salute, a rafforzarla guidata da norme anatomiche, fisiologiche e fisiopatologiche in armonia colle varie fasi di sviluppo. Ancora oggidì tuttavia dai più l'educazione fisica si identifica colla ginnastica che è una parte di essa: opinione del resto avvalorata dal fatto che quando il Ministero della Pubblica Istruzione, nei programmi scolastici sostituì alla parola « ginnastica » la denominazione di « educazione fisica », la innovazione fu puramente formale, perchè la ginnastica continuò da sola a rappresentare il vasto campo d'azione dell'educazione fisica.

Il fanciullo affidato alla scuola deve apprendere gli ammaestramenti utili alla vita in modo ch'egli possa vivervi sano, in piena attività, senza diminuire od esaltare in modo abnorme i poteri fisiologici dei suoi centri nervosi, senza che il lavoro intellettuale turbi la funzione degli altri organi in quell'epoca di sviluppo, in cui la sua scarsa resistenza non è sufficiente ad opporsi alle varie cause perturbatrici che ne insidiano la salute e la vita: e questa missione così varia e difficile non può essere compiuta soltanto dalla ginnastica.

La scuola per lo svolgimento dei suoi programmi, per l'immobilità che impone nel banco agli scolari, in posizioni talora incomode, per la durata delle ore d'insegnamento, per le ragioni generali inerenti alla vita collettiva rappresenta spesso un contrasto con le leggi fisiologiche, come dimostra la diminuita funzione respiratoria degli scolari durante la lezione, la limitata funzione cardiaca e la riduzione dei processi metabolici. Sorge così la necessità di disciplinare la funzione della scuola con norme che impediscano la durata eccessiva e l'intensità degli stimoli, regolino il bisogno istintivo d'aria e di movimento, evitando la stanchezza e lo strapazzo fisico.

Il bisogno d'aria, cioè dell'ossigeno, è assai grande nei fanciulli: mentre nell'adulto è di 11 gr. per ogni kg. di peso, nel fanciullo è di gr. 20-25. Un fanciullo che corre assorbe sette volte di più d'ossigeno d'un fanciullo in riposo, per cui il movimento, accrescendo l'ossigena-

zione, diventa un coefficente indispensabile alla respirazione; e condannarlo quindi all'immobilità continuata vuol dire ridurre il suo potere respiratorio.

A regolare il movimento sono sorti i vari metodi di ginnastica, i quali hanno, in genere, il difetto di essere uniformi a tutte le età, senza tener conto dei bisogni corrispondenti ai diversi periodi dello sviluppo dello scolaro.

Il metodo germanico con attrezzi, rigido, severo, con indirizzo prevalentemente militare, presuppone organismi bene sviluppati, robusti; più fisiologico è il metodo svedese con manubri e bastoni che con la vigoria dà grazia e flessibilità al corpo; la ginnastica inglese lascia ai fanciulli la libera scelta del giuoco. Presentemente in Francia è sorto, ed è stato accolto con molto favore, un nuovo metodo di ginnastica ecclettica, che degli altri sistemi comprende le parti meglio cordinate alle norme fisiologiche, e che si fonda rigorosamente sulle leggi dello sviluppo fisico dell'uomo con larga parte all'azione dell'aria libera e della luce. Prescrivendo che gli esercizi devono essere fatti *en plein air*, se si riflette che il movimento della ginnastica mentre accresce l'assorbimento dell'O aumenta anche l'esalazione di CO^2, e che uno scolaro in riposo esala 10-15 litri di CO^2 all'ora, si comprende l'utilità del metodo, ed in quali condizioni antigieniche si svolgono ancora oggidì gli esercizi fisici in ambienti chiusi.

Il Matthieu a tal proposito è ancora più radicale; ricordando gli effetti benefici della luce sull'organismo vorrebbe alla ginnastica all'aria libera aggiungere la cura sistematica della nudità, dei bagni di luce. Interessanti e assai favorevoli sono stati gli esperimenti fatti con tale sistema a Parigi su fanciulli dell'Assistenza Pubblica.

Il metodo francese distingue nella vita scolastica due periodi:

a) un periodo infantile da 6 a 12-13 anni;
b) un periodo della pubertà da 13 a 16 anni.

Un terzo periodo detto postscolastico in rapporto all'ordinamento scolastico francese, va dai 16 ai 20 anni, e costituisce il periodo di preparazione alla vita militare.

Nel 1° periodo l'educazione fisica deve favorire lo sviluppo generale del fanciullo sorvegliando in particolar modo l'apparecchio respiratorio, la colonna vertebrale, lo stato del sistema nervoso al quale è legata la instabilità fisica e mentale così frequente in questo periodo.

Nel 2° periodo, continuando la vigilanza su le condizioni generali di accrescimento, si occuperà sempre più dell'apparecchio respiratorio, dello sviluppo muscolare, del cuore, della funzione circolatoria, dello sviluppo sensoriale, del lavoro manuale.

Nel 3° periodo gli esercizi di sviluppo cedono il posto a quelli così detti di applicazione o di utilità, tra i quali hanno gran parte gli esercizi naturali, la marcia libera, la corsa, il salto, il moto, e tutti gli altri che iniziano la preparazione militare, l'equitazione, la scherma, il tiro, il pattinaggio e contribuiscono alla difesa ed alla protezione dell'individuo.

Il tempo destinato alla educazione fisica non dovrà essere quello della ricreazione; gli esercizi della durata di mezz'ora al giorno devono eseguirsi dopo i pasti.

Non v'ha dubbio che l'attuazione di questo programma tracciato a grandi linee darà maggiore impulso, indirizzo tecnico ed igienico più preciso alla educazione fisica nella scuola, se una sorveglianza intelligente e metodica sarà esercitata sui fanciulli che la frequentano. Non soltanto giovani e più vigorosi si vedranno uscire dalla scuola, ma intellettualmente più sani, più forti, più equilibrati, perchè, senza entrare nell'arduo argomento dei rapporti tra lo sviluppo fisico e la capacità intellettuale, non v'ha dubbio che l'educazione fisica, sottraendo lo scolaro alle varie cause morbigene, di cui è facile preda per la sua scarsa resistenza, per la sua delicata costituzione intrinseca, ed attivando la potenzialità nutritiva, riproduttiva e motoria delle cellule organiche, fa dei centri nervosi del cervello un terreno fecondo alle idee sane e buone.

E non è scarso il numero dei fanciulli che si arrestano nelle classi come deficienti intellettuali, mentre le loro facoltà sono semplicemente dormenti per anormalità fisiche e sensoriali, e ai quali una oculata educazione fisica ridona la potenzialità intellettuale col regolare la trasmissione degli stimoli normali al cervello. E se si considera che a causa della guerra la tubercolosi, l'alcoolismo e la sifilide graveranno come triste retaggio sulle presenti e future generazioni, si comprende la necessità d'un vigoroso impulso all'educazione fisica razionale nella scuola, perchè essa rappresenta un fattore importante nella lotta contro la decadenza fisica dei popoli civili.

Febbraio 1917. P. Zannelli.

Pubblicheremo prossimamente:

G. Piccardi: *La profilassi della sifilide con gli arsenobenzoli;*

O. Tenani: *La causalgia e suo trattamento chirurgico.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(806). *L'ossicianurò di mercurio nelle uretriti.* — All'abbonato n. 8737:

L'ossicianuro di mercurio si adopera nella cura delle uretriti anteriori, specialmente nel caso di infezioni associate al gonococco, sotto forma di iniezioni con i comuni schizzetti uretrali e nelle proporzioni del mezzo per mille in media, le quali sono generalmente ben tollerate.

Nelle uretriti croniche antero-posteriori superficiali lo si adopera invece per lavaggi vescico uretrali all'uno per quattromila ed anche più se l'infermo le sopporta.

Non lo credo superiore per efficacia ai sali di argento comunemente adoperati ed in ogni modo è poco consigliabile nelle forme croniche infiltrative. V. MONTESANO.

(807) Al dott. Luigi Fonso di Calzignano (Padova):

Per seguire il corso di odontoiatria presso la R. Università di Roma basta iscriversi all'Università e pagare la relativa tassa come per tutti gli altri corsi di medicina e chirurgia. Il corso, di due anni scolastici con tre lezioni la settimana, non ha però lo scopo di formare specialisti in odontoiatria, ma solamente di fare acquistare agli studenti di medicina e chirurgia ed ai medici le cognizioni di odontoiatria necessarie per l'esercizio coscienzioso della loro professione medico-chirurgica. Per i medici, che intendono specializzarsi in odontoiatria, è necessario di seguire un corso completo di almeno due anni, ma con molte ore di lezioni al giorno, in una scuola organizzata *ad hoc*, dove, oltre alle cognizioni teoriche si possa anche acquistare, sotto la direzione di provetti insegnanti, la necessaria pratica nella parte operativa e prostetica. A. CHIAVARO.

(808) Al dott. V. G. da M. M.:

Ottimo è il Manuale di Ispezione Sanitaria del BRUSAFERRO, *Igiene della carne*, pubblicato dalla U. T.-E. T.

Nel *Manuale dell'Igienista* del CELLI la parte che riguarda l'ispezione delle carni è trattata con grande competenza da Bertolini.

g. s.

(809) All'abbonato n. 490 che ce ne richiede, indichiamo i seguenti manuali di chirurgia e medicina operatoria:

V. SCHMIEDEN: *Corso di operazioni chirurgiche*, U. T.-E. T., L. 15; DURANTE e LEOTTA: *Trattato di medicina operatoria*, U. T.-E. T., 4 volumi: i tre pubblicati costano L. 54.50; LAURENT: *Clinica chirurgica*, Fr. Vallardi, la prima parte pubblicata finora costa L. 20; DE QUERVAIN: *Diagnostica chirurgica*, Fr. Vallardi, L. 20. *ini.*

(810) Al dott. Ettore Lupi, Zona di Guerra:

Nelle condizioni attuali un manualetto pratico di oculista è quello del dott. May tradotto dal Trombetta, 1916, Torino. C.

(811) All'abbonato n. 8217:

Sui testi di radiologia medica abbiamo già risposto nella scorsa annata (pagg. 439, 825, 854); di riviste in Italia si pubblica *La Radiologia Medica* (Milano, via Cappuccini, 18): è organo ufficiale della Società Italiana di Radiologia. L. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

BRUGSCH e SCHITTECHELM. *Metodi di ricerca clinica.* Traduzione con aggiunte del prof. G. Galli. Unione tipogr. editr. torinese, 1916; un volume di 710 pag. L. 24.

Il libro, di recente pubblicazione, esce sotto una bella e nitida veste tipografica, arricchito di numerose figure, e di alcune note originali del Traduttore. Già l'opera in sè stessa offre dei pregi di indiscusso valore. Innanzi tutto l'esposizione dei metodi clinici di ricerca inizia dalla fisiologia, la quale è per così dire il filo conduttore alla esatta comprensione dei metodi stessi. Alcuni capitoli, come quelli sui metodi strumentali di ricerca per il cuore e per il sistema vasale, sulla diagnostica coi raggi Röntgen, sulle ricerche sul ricambio materiale, sulla sierologia, ecc., dimostrano la speciale fisionomia assunta dal nuovo trattato.

Altri capitoli sono limitati a proporzioni relativamente minori, evitando nel limite del giusto e del possibile, una troppo diffusa esposizione di vedute teoretiche. Non manca un capitolo dedicato in modo speciale alla batteriologia, alla protozoologia ed alla immuno-diagnostica. L'opera quindi è degna del massimo encomio e non esitiamo a consigliarla a medici e studenti nella assoluta certezza di compiere cosa per essi veramente utile.

P. C.

L. DATTA. *Serologia della tubercolosi nei riguardi della diagnosi e della terapia.* Tip. Testa, Biella, un volume di 230 pagine.

L'A. ha raccolte in questo volume le nozioni riguardanti lo stato attuale della serologia della tubercolosi, nei riguardi della diagnosi e

della terapia, dividendole in gruppi distinti e prospettando per ognuno di essi il valore sotto il duplice punto di vista, con maggiore o minore ricchezza di particolari, a seconda della importanza assunta, o della utilità raggiunta.

Ha infine riassunto i dati che più specialmente riguardano la immunizzazione attiva e la passiva.

Quindi nel suo lavoro tratta della reazione di agglutinazione, della precipito-reazione, dell'indice opsonico, della batteriolisi, del potere alessinico, del siero, della reazione del veleno del cobra, della fissazione del complemento, del potere antitripotico del siero, della reazione di Abderhalden, della reazione meiostagminica, delle reazioni tubercoliniche, delle anticutine, delle reazioni di anafilassi passiva, e della immunizzazione attiva e passiva. Il tutto espone con chiarezze e concisione ed opportunamente valuta anche i risultati delle sue personali ricerche. P. C.

A. SIGNORELLI. *Lezioni di semeiotica medica.* Un op. in-8° di pag. 50. Udine, Prem. Tip. F.lli Tosolini.

Il prof. Signorelli può essere felicitato per la pubblicazione di queste lezioni, impartite a S. Giorgio di Nogaro, nelle quali egli espone in modo eccellente e completo l'anamnesi. Dense di esperienza clinica, guidate da una logica semplice e rigorosa, posseggono un indiscutibile valore educativo.

Arreca un vero godimento scorrerle e riteniamo che possano figurare sul tavolo di ogni medico pratico. B. R.

VARIA.

I patofili.

Nella pratica medica si incontrano non di rado degli individui che si compiacciono di soffrire qualche malattia o disturbo, che l'accettano di buon grado e la considerano come una parte essenziale di sè stessi, come un complemento necessario. Di solito vi pensano, ne seguono le fasi, si assoggettano ad un regime di vita quanto mai severo, se non con piacere per lo meno con la tranquillità di spirito. A questi individui Saucey (*Paris Médical*, 21 ottobre 1916) propone sia dato il nome di *patofili.* Questi non devono confondersi con i patomini descritti da Dieulafoy e che sono dei volgari simulatori. I patofili invece non hanno niente da simulare: essi sono dei malati, ma dei malati che accettano la loro malattia come un *curriculum vitae* e vi pensano con pazienza rassegnata. Alcuni ne parlano con un accento di tenerezza, qualche altro con una certa punta d'orgoglio, altri infine per abitudine, e non hanno mai l'intenzione d'ingannare. Nè devono confondersi con i neurastenici. I patofili non dimostrano mai apprensione per i loro disturbi somatici o funzionali come fanno i neurastenici. Questi per altro presentano sempre una speciale emotività, una diminuzione di resistenza a qualsiasi specie di lavoro, la perdita della fiducia e della padronanza di sè stessi, fatti che non si hanno mai nei patofili. Il neurastenico ha paura della *sua* gastro-enterite, sente che là sta il suo punto debole, vi converge tutti i suoi pensieri con una tinta d'ossessione. Segue ansiosamente passo a passo il progresso della sua digestione, mette tutto in opera per sbarazzarsi della sua affezione, egli è uno schiavo scrupoloso del trattamento suggeritogli. E non avendone beneficio cambia rimedio, dubita del medico e ne consulta un altro. Il patofilo invece sa che deve vivere con la *sua* enterite, con la *sua* dilatazione di stomaco; l'accetta di buon grado; essa fa parte di lui e lo completa. Vi pensa spesso ma senza paura, anzi con una certa compiacenza. Anche lui segue scrupolosamente la cura indicatagli, ma senza disperare mai anzi con la tranquillità e la soddisfazione di adempiere un gradito dovere. Si potrebbe quasi dire che i patofili abbiano cura della loro malattia piuttutto che combatterla. Il medico che intraprenda la cura di un patofilo deve assumere in suo confronto un atteggiamento franco e deciso. Dopo avere inspirata fiducia al malato deve esporgli chiaramente la situazione, deve spiegargli con dolcezza, ma anche con fermezza, il suo stato mentale e dargli modo di abbandonarlo mediante una razionale psicoterapia.

DR.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

LIVIERATO SPIRO e COSMETTATOS G. F. Sui tumori della regione ipotalamica del cervello intermedio. — Napoli, 1916.

MIGNACCA PIETRO. Un metodo semplice, rapido e preciso di localizzazione radiologica dei corpi estranei. — Firenze, 1916.

SOFIA ANTONIO. Considerazioni su alcune cause di dubbi diagnostici nella pleurite degli adulti e dei bambini. — Milano, 1916.

VEDRANI ALBERTO. Un grande naturalista trentino: Felice Fontana. — Lucca, 1916.

RUSCA PAOLO. Parotite cronica recidivante consecutiva a parotite epidemica. — Milano, 1916.

PICCARDI G. Le malattie sessuali e la guerra. — Biella, 1916.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI PARLAMENTARI.

Commissioni sanitarie centrali.

All'on. Dello Sbarca il ministro dell'interno ha dato la seguente risposta:

« Sono in corso studi sulla trasformazione delle Commissioni sanitarie centrali e ben presto verranno emanate nuove norme sia sulla loro costituzione che sul loro funzionamento. Si assicura però l'onorevole interrogante che la presenza dei generali non medici nelle Commissioni non ha mai costituito sovrapposizioni o menomazioni sulla funzione medico-legale, ma soltanto una opportuna integrazione dal punto di vista disciplinare di Commissioni costituite prevalentemente di ufficiali medici richiamati dal congedo e per il periodo in cui la funzione medico-legale si esplicava nelle più difficili condizioni di ambiente.

« Le mutate condizioni seguite all'assestamento sanitario del paese consentiranno di modificare le Commissioni stesse in modo che la loro costituzione risponda alla esclusiva funzione medico-legale ».

Per il riconoscimento legale del titolo di specialista.

All'on. Rampoldi il ministro della P. I. ha così risposto:

« La questione, che pone l'on. Rampoldi con la sua interrogazione, per quanto sia riferibile all'esercizio professionale di determinati rami delle discipline medico-chirurgiche, rientra nella competenza di questo Ministero nella massima parte, in quanto il titolo all'esercizio della professione medico-chirurgica consiste nel titolo accademico rilasciato ai professionisti dalle Università e dagli Istituti superiori di grado universitario. Ora, a prescindere dal fatto che, se si volesse por mano ad una riforma del genere di quella invocata dall'onorevole interrogante, sarebbe preliminarmente necessario il parere dei corpi tecnici (Consiglio superiore della pubblica istruzione e Consiglio superiore della sanità pubblica) io debbo personalmente rilevare che sembra inopportuno adottare, almeno per ora, un provvedimento che miri a dare legale riconoscimento al titolo di specialista in un determinato ramo delle discipline medico-chirurgiche.

« Questo titolo, in fondo, è acquisito per effetto della pratica felicemente esercitata e non sarebbe perciò necessaria una sanzione legale.

« In tutte le professioni si riscontra, del resto, il fenomeno della specializzazione in determinati rami di ciascuna professione, nè appare, sia da parte degli esercenti sia da parte del pubblico, si sia finora sentita la necessità di riconoscimento legale in questo campo.

« Il quale non sarebbe neppure opportuno specialmente per la professione dell'arte salutare, perchè in confronto della deficienza numerica dei medici-chirurghi e dei sempre crescenti bisogni della popolazione, a questa occorre sopratutto assicurare adeguatamente l'opera dei medici-chirurghi non specializzati, ma generici, capaci all'esercizio di tutti i rami delle discipline medico-chirurgiche ».

La risposta è stata anche a nome del Ministero dell'Interno.

Per gli ufficiali medici.

Ad un'interrogazione dell'on. Larizza al ministro della guerra per sapere se questi « intenda provvedere per l'immediato avanzamento al grado superiore degli ufficiali medici facenti parte dell'esercito permanente, passati alla riserva e alla milizia territoriale per ragioni di età » il generale Alfieri ha risposto non essere possibile di compiere quest'avanzamento, perchè è uopo di attenersi alle norme concretate tra il Ministero della Pubblica Istruzione, della Guerra e l'Ispettorato di Sanità. La promozione ha luogo a seconda delle graduatorie. I ruoli sono tenuti al completo, in base alle norme surriferite.

L'on. Larizza ha insistito, per l'adozione del provvedimento da lui patrocinato.

L'opera degli ufficiali medici.

Rispondendo ad un'interpellanza dell'on. Ciriani sugl'imboscati, il ministro della guerra generale Morrone ne ha tolto occasione « per tributare le meritate lodi agli ufficiali medici ed al corpo di sanità », rilevando che molti dei nostri colleghi sono rimasti uccisi e feriti nell'adempimento della loro opera umanitaria.

Abusi nelle visite mediche?

L'on. Vinaj si è rivolto al Presidente del Consiglio dei ministri per conoscere se questi « non creda opportuno di impedire che vengano talora, come succede, date disposizioni ai medici militari visitatori di escludere dalla riforma persone evidentemente inabili ma non ligie al Governo per opinioni politiche professionali ».

Il gen. Alfieri risponde escludendo assolutamente che disposizioni di tal genere siano state date ai medici, nel senso indicato dall'on. Vinaj o in qualsiasi altro senso: se l'interrogante conosce casi specifici potrà denunziarli e il Governo provvederà.

L'on. Vinaj dice che la sua interrogazione non voleva avere affatto senso di sfiducia nell'opera del Governo, in cui anzi ha la fiducia più completa; si riserva di far sapere con una lettera i casi in parola.

Le condizioni delle Opere Pie.

L'on. Sichel ha svolto un'interpellanza ai ministri dell'interno e delle finanze « intorno alle difficilissime condizioni in cui si trovano molte Congregazioni di carità ed Opere pie, rese spesso impotenti ad esplicare, colla necessità e larghezza che specialmente ora si richiede, le proprie funzioni di

pubblica beneficenza; e a mantenere nel loro completo funzionamento gli ospedali, gli orfanotrofi e i ricoveri ed altri analoghi istituti in causa specialmente del forte rincaro dei generi di consumo e del progressivo aumento delle imposte e sovrimposte ».

Il sottosegretario in. Bonicelli conviene che è un alto dovere del Governo il fare opera di assistenza e di provvidenza verso i varii istituti di beneficenza. Assicura che le condizioni finanziarie degli Enti stessi non sono poi così gravi come le ha prospettate l'on. Sichel. La guerra ha prodotto grandi spostamenti e grandi perturbazioni nella vita civile, ma le istituzioni di beneficenza non sono fra quelle che hanno più sofferto perchè non indarno hanno funzionato in tutta Italia i Comitati di assistenza civile che tanto efficacemente hanno contribuito ad alleviare il disagio economico. Aggiunge che le Istituzioni di beneficenza hanno risentito benessere anche dai sussidi governativi.

Il ministro on. Meda, poichè l'on. Sichel ha diretto anche a lui l'interpellanza, ricorda come una delle norme costantemente da lui seguite sia stata quella di non applicare alle congregazioni di carità ed alle Opere Pie gli aggravamenti tributari dovuti introdurre per finanziare la guerra. Così uno dei primi suoi decreti fu quello del 27 agosto 1916 con cui stabilì che non fossero dovuti i due centesimi di guerra sui pagamenti che lo Stato, le provincie ed i Comuni facciano ad ospedali o ad altri istituti di ricovero per il mantenimento di ammalati e di ricoverati.

Quando poi coll'omnibus finanziario del 9 novembre 1916 dovette aggravare sensibilmente le due imposte dirette sui fondi rustici e sulla ricchezza mobile, ebbe presenti le Opere Pie, e così stabilì che l'elevazione della aliquota non fosse applicabile ai terreni appartenenti a corpi morali soggetti alla tassa di manomorta, e che la nuova base di discriminazione) quanto ai redditi di categoria C) si applicasse solo a quelli accertati direttamente a carico dei privati; con che furono esclusi dall'inasprimento gli stipendi e le pensioni degli impiegati di Opere Pie sui quali la ricchezza mobile è pagata dalle Amministrazioni salvo rivalsa; rivalsa, che come è notorio le Amministrazioni di fatto non esercitano, avendo le maggiori Opere Pie dovuto da tempo assumere a loro carico la ricchezza mobile specie sugli stipendi. Secondo l'omnibus finanziario sarebbero però rimaste gravate dal diritto di guerra sulle riscossioni degli affitti le Opere Pie che posseggono fabbricati destinati a locazione: ma si è provveduto ad esonerarle col successivo decreto 4 gennaio 1917. Senza poter precisare cifre crede che l'aggravio evitato con questi provvedimenti alle Istituzioni pubbliche di beneficenza possa calcolarsi in circa cinque milioni. Attese le condizioni dell'ora, la prova di interessamento data dal Governo a vantaggio delle Opere Pie e la sua cura di non renderne più difficili le funzioni, sembrano quindi meritevoli di un benevolo giudizio anche da parte dell'on. Sichel.

Altre interrogazioni e interpellanze.

Sono state presentate le seguenti altre interrogazioni:

dell'on. Sandulli al ministro della guerra, sull'ufficio sanitario militare creato presso il Ministero;

dell'on. Magliano al ministro della guerra, per il passaggio alla sanità militare degli studenti di medicina da almeno un anno. Sullo stesso argomento ha presentato un'interpellanza l'on. Larizza;

dell'on. Albanese al presidente del Consiglio ed ai ministri della guerra e dell'I. P., nell'applicazione del decreto n. 1679, del 26 novembre 1916, relativo al servizio militare degli studenti di medicina;

dell'on. Colonna di Cesarò al ministro degli esteri, sulla riorganizzazione dell'ospedale italiano per i feriti a Parigi;

dell'on. De Giovanni al ministro dell'interno, su fatti interni del manicomio di Capodichino di Napoli;

dell'on. Lucci al ministro degli esteri, perchè sia, tra l'altro, eleminata l'inferiorità in materia di onorari alla quale sono assoggettati i medici italiani su piroscafi stranieri, in confronto dei medici stranieri.

dell'on. Lucci, su di un militare dichiarato idoneo al servizio di guerra, poi riformato per tubercolosi « non contratta in servizio », ed al quale è stata assegnata, « in via eccezionale, una gratificazione modestissima.

Cronaca del movimento professionale.

Liquidazione dell'indennità per infortunio ad operai che lavorano in Zona di Guerra. — Con decreto luogotenenziale del 15 febbraio 1917, n. 415, i Ministeri della Guerra e della Marina sono stati autorizzati ad affidare alla Cassa Nazionale Infortuni la liquidazione ed il pagamento delle indennità dai Ministeri predetti dovuto agli operai addetti a lavori in zona di guerra.

Viene in tal modo assegnato alla Cassa Nazionale Infortuni il còmpito di definire, così in via amministrativa come in sede contenziosa — essendo ad essa demandata la piena rappresentanza delle due Amministrazioni militari — tutte le pratiche relative ad infortuni sul lavoro avvenuti nella zona di guerra con effetto retroattivo dalla data della entrata in campagna del nostro Esercito.

Il Governo ha in tal guisa raggiunto il duplice scopo di sollevare le Amministrazioni militari da un lavoro oneroso, esorbitante dalla loro ordinaria funzione, e di garantire agli operai lo svolgimento rapido e la più equa soluzione di ogni loro pratica d'infortunio, avendo affidato l'importante e delicato servizio tecnico al massimo Istituto Na-

zionale di assicurazioni sociali, specializzato nella trattazione della materia infortunistica e completamente organizzato in ogni parte del territorio nazionale col sistema del più lato decentramento.

Assemblea dell'Ordine dei Medici di Parma. — Approvata la relazione morale, fatta dal presidente dott. Tonelli e vivamente applaudita, anche per i sentimenti patriottici in essa espressi, il dottor Dalla Valle presentò e illustrò ampiamente un ordine del giorno, che confermando i sentimenti già manifestati dal Consiglio direttivo fin dal maggio 1915, esprime profonda disapprovazione dell'atteggiamento politico dell'on. Brunelli, rappresentante degli Ordini nel Consiglio Superiore di Sanità, perchè contrario alle tradizioni ed ai sentimenti della classe medica italiana, e incarica il presidente dott. Tonelli di trasmettere tale deliberazione al presidente della Federazione degli Ordini, perchè a sua volta inviti gli Ordini di tutta Italia a pronunciarsi in merito.

L'Ordine del giorno, votato per appello nominale, riuscì approvato alla unanimità.

Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie.

È stata versata dalla nostra Amministrazione alla Federazione degli Ordini dei Medici in Bologna, con vaglia della Banca d'Italia N. 0.212.885, la somma raccolta dal nostro giornale (come d.l fascicolo scorso, pag. 399), L. 3198.20.

La sottoscrizione resta aperta.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6777) *Sessennii. - Modificazioni di capitolati.* — Dott. V. B. da M. — Per quanto possa riuscire dannosa ai singoli interessati, la modificazione del capitolato con la quale, di accordo fra amministrazione comunale e sanitario, si sopprime, mercè analogo aumento di stipendio, il diritto al sessennio, è legale sia nei rapporti delle consuetudini generali sia in quelli delle disposizioni ministeriali, di cui nessuna fa obbligo ai Comuni di corrispondere il sessennio ai proprii impiegati. Il diritto al sessennio intanto si può invocare e si può far valere in quanto si trovi codificato nel regolamento della condotta medica o nel capitolato. Se esso, quindi, non esiste nè nell'uno nè nell'altro atto non può essere legittimamente preteso. Secondo noi, è inutile avanzare domande che sarebbero indubbiamente respinte dalla amministrazione municipale.

(6779) *Esenzione dal servizio militare.* — Dott. G. R. da C. — Stando alle circostanze di fatto da Lei esposte crediamo che si possa ottenere la dispensa come secondo farmacista in Comune con popolazione superiore ai 10 mila abitanti. All'uopo il Sindaco dovrebbe fare domanda al Prefetto come Presidente della Commissione Provinciale in cui dovrebbe addurre i motivi per cui creda indispensabile ed insostituibile l'opera del farmacista richiamato nell'interesse del servizio civile.

A nostro avviso, però, questa pratica avrebbe dovuto essere già stata fatta quando Ella fu per la prima volta chiamato sotto le armi, essendo quello il momento opportuno per far valere la dispensa, cui poteva avere diritto. Essendo, ora, già militare, in attesa di nomina ad ufficiale non potrebbe ottenere il congedamento, essendo questo vietato in tempo di guerra.

(6780) *Certificato sanitario agli operai che si recano a lavorare in zona di guerra.* — Dott. L. P. da L. — La circolare cui allude non fa alcun cenno del pagamento del certificato che l'ufficiale sanitario deve rilasciare agli operai che si recano a lavorare in zona di guerra. Essa impone l'obbligo alle autorità incaricate dell'arruolamento di accertarsi, mediante certificati dell'ufficiale sanitario locale, della piena idoneità fisica degli arruolandi. Il servizio che all'uopo si presta è, quindi, di interesse generale ed è perciò che l'ufficiale sanitario deve aderire gratuitamente alle relative richieste e ciò anche a prescindere che in massima parte coloro che si recano al lavoro appartengono a famiglie inscritte nell'elenco dei poveri.

(6782) *Contributi Cassa di previdenza dei sanitarii. - Computo del biennio di prova.* — Dott. abbonato XX. 4454. — Non avendo pagato a suo tempo il contributo durante gli anni di interinato, non è più ora il caso di pagarli, giacchè l'amministrazione perderebbe gli interessi composti sulle somme medesime. Il periodo di prova da Lei compiuto durante l'attuale guerra, è pienamente legale e produttivo di effetti giuridici. Ella è, ora, indubbiamente stabile.

(6783) *Ricchezza mobile.* — Dott. abbonato 741. M. C. C. — La ricchezza mobile che ricade sul suo stipendio di L. 3333 è rappresentata dalla somma di L. 287.47 oltre l'aggio all'esattore, che varia da Comune a Comune.

(6785) *Farmacista. - Spedizione di medicinali senza ricetta.* — Dott. A. C. da M. — Il farmacista non può spedire medicinali a dose e forma di medicamento se non in seguito a ricetta del medico. Trascurando di ritirare caso per caso detta ricetta cade nella contravvenzione prevista e punita dall'articolo 61 della legge sanitaria. I diritti ed i doveri dei medici e dei farmacisti nei rispettivi esercizi professionali sono quelli indicati nella legge sanitaria e nel relativo regolamento generale del 1901 ed in quello speciale del 1906.

(6786) *Certificati medici in caso di infortunio.* — Dott. L. B. da A. — Per l'articolo 149 capoverso ultimo del regolamento 13 marzo 1904, n. 141, per la esecuzione della legge sugli infortuni, quando l'operaio ha diritto alla cura sanitaria gratuita l'ufficiale sanitario od il medico condotto, obbligato a prestargliela, deve rilasciare gratuitamente i certificati comprovanti la continuazione della inabi-

lità al lavoro. Il medico condotto ha l'obbligo di curare gratuitamente tutti gli infortunati, che sono compresi nell'elenco dei poveri. Stante la posizione topografica da Lei indicata, può richiedere che nei singoli casi, ove non abbisognino prestazioni urgenti, gli infortunati non appartenenti al suo Comune sieno condotti nel proprio paese, ove esiste altro medico condotto.

(6787) *Termine utile per la diffida del medico condotto consorziale. - Se il servizio a scavalco sia utile per la pensione.* — Dott. S. S. da C. — A mente del disposto dall'articolo 32 della vigente legge sanitaria la diffida al medico condotto comunale o consorziale deve essere data almeno tre mesi prima che il biennio di prova si compia. Scadendo per Lei il detto biennio nel giorno 15 prossimo maggio, non può più essere disdettato e deve reputarsi virtualmente stabile. Un medico che è inscritto alla Cassa di previdenza e ne paga il contributo non può aggiungere, come utile alla pensione, il periodo di servizio che contemporaneamente presta in altri Comuni a scavalco. Il periodo utile per l'acquisto del diritto a pensione può essere espletato a servizio di amministrazioni comunali diverse, ma non nello stesso tempo.

(6788) *Nomina a direttore di orfanotrofio senza concorso. - Permanenza in carica oltre il tempo fissato nella nomina. - Effetti.* — Dott. V. M. da M. C. — Dal momento che nell'atto di nomina è tassativamente indicato che essa era provvisoria, che il concorso per la nomina del direttore dell'orfanotrofio doveva avvenire entro quaranta giorni e che il regolamento organico prescrive che la nomina stessa è devoluta alla Deputazione provinciale dietro pubblico concorso per titoli, Ella non può sostenere di essere diventato titolare definitivo, sol perchè è stato in carica due anni ed il nuovo concorso non fu bandito, come era prescritto, entro i 40 giorni.

La maggiore durata della permanenza in carica non vale a mutare il titolo e la specialità della nomina, che, sorta come provvisoria, si è mantenuta sempre tale e si manterrà sempre tale fino a quando non si avrà il nuovo titolare nominato in base a concorso. Per aver fatto durare la nomina provvisoria non 40 giorni, come era stabilito, ma per oltre due anni, si ha dovere di corrispondere risarcimento di danni? Noi francamente crediamo di no. Ella dopo i 40 giorni prestabiliti, era libera di lasciare il servizio; essendo, invece, rimasta senza sollevare protesta, ha dimostrato di aderire e di dare la propria acquiescenza alla riconduzione tacita del contratto. Non dà luogo a risarcimento di danni che il solo fatto colposo e non crediamo che vi sia colpa nella amministrazione nel consentire che Ella seguitasse nelle sue funzioni, fino a quando si renderà possibile bandire il concorso per la nomina del titolare definitivo.

(6789) *Assistenza ostetrica.* — Dott. V. P. da M. — Tra i danni normali del medico condotto non vi è quello di assistere ai parti normali in luogo e vece della levatrice. Ella, quindi, se richiesta di tale assistenza può rifiutarsi, come cosa che non è di suo còmpito, lasciando alla famiglia di rivolgersi al Municipio perchè provveda. Se il Comune la inviterà, Ella potrà aderire alla richiesta, stabilendo adeguato compenso.

(6790) *Ricchezza mobile. - Certificati.* — Dott. Graziella. — Sullo stipendio di medico condotto e sulla indennità per ufficiale sanitario, che mensilmente percepisce, deve pagare di R. M., compreso l'aggio all'esattore di lire 2.89 %, la somma di lire 43.16. Si rilasciano in carta libera non tutti i certificati per *uso militare,* ma bensì solo quelli che si riferiscono alla *leva militare*. Tutti gli altri sono stesi su carta da bollo, a meno che non si provi, con apposito certificato dell'autorità competente, la povertà del richiedente. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 8529:

Gli **ufficiali medici di complemento** non hanno diritto all'indennità **cavalli, in** qualsiasi zona si trovino.

Al dott. F. S., **da M.:**

Occorrebbe sapere che genere di *posposizione* ha subito il collega.

Se si tratta di avanzamento, può reclamare per via gerarchica al Ministero.

All'abb. n. **3255:**

Non vi è nessuna disposizione per l'avvicendamento degli ufficiali medici effettivi, qualunque ne sia il grado.

Al dott. F. L., zona di guerra:

Non esistono pratiche da fare, perchè non è in via generica ammesso il passaggio dalla C. R. all'esercito permanente.

Al dott. A. N., zona di guerra:

Per l'avanzamento è equiparato agli ufficiali di complemento ed a quelli effettivi. Data la poca anzianità della sua classe non ha diritto al cambio.

All'abb. n. 8201:

La circolare 734 G. M. del 1916 non si riassume in poche parole. Occorre leggerla completamente per trovarvi le risposte desiderate dal collega.

Per gli ufficiali già chiamati alle armi, poi collocati in congedo e poi richiamati a servizio territoriale, è applicabile l'art. 2 della circolare 752 del G. M. 1916 qualora contino un anno di effettivo servizio dall'epoca della mobilitazione, e non vi è bisogno che l'infermità sia riconosciuta dipendente da cause di servizio.

Per i limiti di anzianità utili per la promozione occorre tener conto di quelli degli ufficiali medici in servizio attivo permanente.

All'abb. n. 2247:

Salvo gravissime contingenze di servizio i medici avvicendati vengono lasciati per molti mesi nella loro nuova posizione. Fino ad ora anzi nessuno di essi è stato rinviato al fronte. Se il collega vuole essere esonerato completamente occorre che si metta in condizione professionale tale che l'autorità prefettizia si induca a chiederlo per lui e ciò forse può avvenire occupando una delle condotte cui accenna.

Al dott. V. V., Zona di Guerra:

Non esiste nessun decreto luogotenenziale o altra disposizione che stabilisca che gli ufficiali medici delle classi 1883 e retro non debbono fare più parte dei reparti sanitarii mobilitati.

Il collega, della classe del 1880, mobilitato da soli sei mesi, non ha alcun motivo nè mezzo di lasciare per ora la propria posizione militare, a meno che non cada ammalato.

Al dott. T. R. S., da A.:

Se il collega è attualmente in servizio, sia pure territoriale, avendo esso compiuto 4 mesi e più in zona di guerra, può essere proposto al grado superiore di capitano, in base agli art. 1 e 4 della circolare 752 del G. M.

Al dott. S. B. T., da A. P.:

Fino al giorno in cui venne stabilita la chiamata della classe alle armi. M. G.

Il dott. A. M., abb. 7928, R. Marina, ci chiede se *i tenenti medici di complemento nella R. Marina con 20 mesi di anzianità di nomina e 15 mesi di servizio attivo, dei quali 6 con destinazione di imbarco su regie navi, hanno possibilità di essere promossi al grado superiore.*

Assunte informazioni, ci risulta che le pratiche per la promozione degli interessati sono già in corso. P.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Comenale Salvatore, da Castellabate (frazione S. Maria) (Salerno), sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Nei posti di medicazione avanzati, a pochissima distanza dalle trincee nemiche, adempiva, con grande abnegazione, il mandato affidatogli, anche quando granate nemiche per ben due volte, distrussero il posto di medicazione. — Monte Sei Busi, 2-26 ottobre 1915.

Brocchieri Guido, tenente medico. — Durante vari giorni consecutivi di operazioni e di continue lotte in alta montagna dette prova esemplare di attività, zelo e sereno coraggio. — Ranchkofe, 29 marzo-4 aprile 1916.

Pagliarello Calogero, da Delia (Caltanissetta), sottotenente medico complemento fanteria. — In vari combattimenti, attese, con infaticabile attività e grande spirito di abnegazione, alla cura dei numerosi feriti del reggimento, e, durante le avanzate, noncurante del pericolo, si recò frequentemente sulla linea di fuoco per soccorrere i feriti più gravi, infondendo coraggio al dipendente personale sanitario. — Monte San Michele, 4 ottobre-5 novembre 1915.

ENCOMIO SOLENNE.

Ciotola Alberto da Napoli, tenente medico comando gruppo assedio. Sempre pronto ad accorrere sulla linea dei pezzi durante il tiro avversario, quando vi erano feriti dava costante prova di calma e sereno coraggio nel disimpegno della sua missione. — Fornaci Mossa, 26 giugno 1916.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

BERLINO. — A successore del prof. Piper, caduto sul campo, è stato chiamato presso l'Istituto fisiologico, quale direttore di Sezione, il prof. Gildemeister di Strasburgo.

FRANCOFORTE. — Alla direzione dell'Istituto di Terapia sperimentale è stato chiamato da Berna, in sostituzione del prof. Ehrlich, il prof. Kolle, cui è stato conferito il titolo di consigliere aulico.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico-chirurgo, lunga pratica condotte, ospedali, ottimi titoli, assumerebbe interinato conveniente. Scrivere: Dott. Rossi, Mercato Sanseverino (Salerno).

Medico-chirurgo, trentacinquenne, totalmente esente militare, lunga pratica cliniche, ospedali, sanatori, radiologo, conoscente lingue, assumerebbe supplenza in Roma, posto assistente privato, o adeguata occupazione. Scrivere a «Casella postale 442, Roma».

NOTIZIE DIVERSE

Chiusura del corso di clinica medica a Roma.

In occasione dell'ultima lezione di Clinica medica presso il Policlinico Umberto I, anche quest'anno, anticipati gli esami, gli studenti del 2° triennio di medicina hanno voluto, spontanei e concordi, dimostrare la loro stima e la loro soddisfazione al prof. Rossoni, che ha tenuto il Corso di lezioni per incarico ricevutone dalla Facoltà. Il prof. Rossoni è stato accolto fra vivi applausi ed il laureando Marino-Zuco ha letto un ispirato discorso, nel quale, dopo magnifiche parole patriottiche per i colleghi combattenti, ha riaffermato grande ammirazione al venerato maestro, che insegna col fine di creare ottimi medici pratici, colti e guidati da sani principii di ragionamento e di scienza.

Il prof. Rossoni ha ringraziato per l'inattesa manifestazione, tanto più gradita, egli ha detto, in quanto gli studenti sono sempre ottimi giudici e nella loro generosità sanno d'altronde trovare le parole più adatte per chi ha dedicato tutto se stesso all'insegnamento.

L'Esposizione per la protesi dei mutilati inaugurata a Bologna.

Nello storico teatro anatomico dell'Archiginnasio in Bologna, è stata inaugurata, sotto gli auspici dei ministri dell'interno e della guerra e della Croce Rossa Italiana, l'Esposizione dell'11° Congresso nazionale di protesi, al quale hanno partecipato inventori, costruttori e produttori di protesi di moltissime parti d'Italia.

Alla cerimonia inaugurale era presente l'on. ministro Leonardo Bianchi.

Dopo un applaudito discorso pronunciato dall'avv. Giulio Zanardi, presidente dell'Istituto orto-

pedico Rizzoli, sorse a parlare l'on. ministro Bianchi, salutato da un caloroso applauso. Egli, dopo aver ricordato le glorie di Bologna, è lieto di affermare come qui trovi applicazione un concetto eminentemente patriottico che con Paolo Boselli egli va patrocinando da tempo: l'affrancamento dell'industria italiana dalla mentalità straniera. La duttilità del nostro ingegno, egli ha detto, non ha bisogno di ricorrere all'estero per affermarsi nei più svariati ritrovati delle officine. Noi possiamo bastare a noi stessi. La protesi per mutilati, di cui oggi qui si dà così bello e magnifico esempio, è la riprova solenne di quanto affermo.

Si trattiene quindi a parlare degli apparecchi di protesi in generale.

Il ministro, più volte applaudito durante il discorso, è salutato alla fine da una calorosa ovazione e complimentato dagli intervenuti.

Subito dopo, l'on. ministro, accompagnato dal suo capo di gabinetto e dalle principali autorità, visitò l'esposizione esprimendo tutta la sua viva soddisfazione per la mostra interessantissima.

Il comitato organizzatore gli offerse in una delle sale dell'Esposizione un «lunch».

Nel pomeriggio il ministro ha visitato i principali istituti di cura della città.

Il Ministro dell'Interno alle istituzioni di rieducazione professionale.

Il Ministro dell'interno, on. Orlando, ha disposto ulteriori erogazioni sul fondo di lire 500,000 stanziato in bilancio per assegnazione di sussidi ad istituzioni per la rieducazione professionale, a comitati, che si propongono l'assistenza agli invalidi della guerra, giusta gli articoli 13 e 14 del decreto luogotenenziale 10 agosto 1916, n. 1012.

Sono stati assegnati sussidi per l'importo complessivo di lire 222,000:

1. All'Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna — 2. Al Comitato per l'assistenza dei mutiliati in guerra di Firenze — 3. Al Comitato per l'assistenza dei feriti agli occhi in guerra di Frenze — 4. Al Comitato per l'assistenza e la rieducazione dei mutilati in guerra di Napoli — 5. Al Comitato pro mutilati di Padova — 6. Al Comitato per l'assistenza dei militari ciechi di Padova — 7. Al Comitato provinciale pro mutilati ed invalidi di Pavia — 8. Al Comitato provinciale per la rieducazione dei mutilati ed invalidi della guerra di Pisa — 9. All'Istituto «Garibaldi» per i ciechi di Reggio Emilia — 10. Al Comitato provinciale pro mutilati in guerra di Udine — 11. Al Comitato provinciale per l'assistenza ai lavoratori mutilati in guerra di Venezia.

Commissione chirurgica interalleati.

Il 15 marzo si è adunata a Parigi, presso il Museo della Scuola Sanitaria Militare Val-de-Grâce, una Commissione chirurgica interalleata, sotto la presidenza del ministro francese della guerra, assistito dal sottosegretario Justin Godard.

Scopo di questa conferenza, la cui costituzione venne richiesta dal Governo inglese, è stato di determinare la migliore medicatura delle ferite di guerra.

Prima di iniziare la conferenza, il ministro della guerra, il sottosegretario di Stato per i servizi sanitari ed i commissari hanno visitato il Museo e ne hanno inaugurate alcune sale nuove.

L'opera degli Ospedali Riuniti di Roma.

Il Consiglio degli Ospedali riuniti, tra i diversi affari deliberati, ha trattato del coordinamento delle inziative per fronteggiare la tubercolosi, avendo speciale riguardo a quelle che fanno capo al Comune; a tale proposito verrà promossa una intesa tra i due Enti.

Si è anche convenuto di facilitare l'attuazione degli scopi che si propone il Comitato nazionale pro invalidi della guerra, compatibilmente con le esigenze dell'Istituto ospitaliero; per giungere ad un concreto risultato è stata tenuta una conferenza tra il comm. Lusignoli ed i rappresentanti il Comitato stesso, sen. Marchiafava, prof. Rossoni, prof. Sforza, prof. Pediconi ed ing. Galassi.

Il Consiglio ha preso atto dell'incremento che si intende dare agli ambulatori di S. Giacomo per le malattie del naso, orecchie, gola ed occhi. Sarà annessa a questi ambulatori una corsia capace di contenere gli ammalati, che si ritenga necessario di passare dalla cura ambulatoria alla cura ospitaliera.

Un dono del Re agli ospedali di Roma.

Il Re, aderendo alla preghiera rivoltagli dal presidente degli ospedali di Roma, si è compiaciuto di donare all'Istituto di S. Spirito un suo busto in bronzo, splendida opera dello scultore Prini. Il busto è stato collocato nella sala del Consiglio di amministrazione, recentemente restaurata. Il Consiglio ha dato mandato al comm. Lusignoli di far pervenire al Re la espressione della sua viva gratitudine.

La colonia marina « Jolanda di Savoia » in Santa Marinella.

Dalla relazione per il 1915-916, pubblicata dall'esimio dott. Mario Flamini, direttore, risulta che nel 1915 furono accolte nella Colonia estiva 82 bambine, la maggior parte delle quali vi hanno soggiornato per un periodo di due mesi, poche solo un mese, ed alcune, maggiormente bisognose, per 4 mesi. Nel 1916 il totale delle bambine accolte è stato di 96, ed anche per queste il periodo di soggiorno al mare è stato distribuito nello stesso modo.

La percentuale delle guarigioni ammonta nel 1915 al 64 %, e nel 1916 al 63 %.

La media dell'aumento in peso è stata, per le bambine che hanno fruito di un soggiorno di due mesi, di kgr. 0.850 nel 1915, e di kgr. 0.899 nel 1916. Per quelle che hanno fruito di un soggiorno di 4 mesi, è stata superiore al doppio, cioè di kgr. 2.075 nel 1915, e di kgr. 2.350 per il 1916.

L'aumento in altezza è stato in media di cm. 1.70 nel 1915, e di cm. 1.50 nel 1916, per una categoria

di bambine (2 mesi di soggiorno); e di cm. 2.60 e 2.30 per un'altra categoria (4 mesi).

L'aumento della circonferenza toracica è stato in media di cm. 1.85 ed 1.40 negli anni 1915 e 1916 per le bambine della prima categoria.

Prendendo in considerazione l'aumento in peso, si è verificato il medesimo fenomeno già riscontrato negli anni precedenti, che cioè ad un più lungo soggiorno al mare corrisponde un aumento relativamente molto maggiore delle misure del corpo, indizio dell'effetto tanto più benefico e salutare, quanto più prolungata è la cura, e della necessità di tenere al mare i bambini bisognosi di cura per un periodo prolungato, se si vuole beneficarli realmente ed in modo stabile.

La relazione è documentata e corredata di belle figure.

I confortevoli risultati raggiunti provano la bontà dell'istituzione e la sapiente direzione che ad essa è stata impressa.

Restrizioni alimentari.

Un'ordinanza del Commissario generale per i consumi vieta la produzione, la vendita ed il fornimento di paste alimentari preparate con semola di resa inferiore al 75 per cento, ottenibile da un frumento normale, cioè del peso di Kg. 78 per ettolitro e non contenente più del 2 per cento di impurità; vieta la colorazione delle paste alimentari; delega, tra l'altro, ai medici provinciali ed agli ufficiali sanitari la sorveglianza per l'applicazione di queste norme e stabilisce che a cura specialmente degli ufficiali sanitari debbano essere eseguite frequenti ispezioni; preannunzia le norme per il prelevamento dei campioni e per la esecuzione delle analisi: esse verranno emanate dalla Direzione generale della sanità pubblica.

Sul valore degli alimenti.

Dinanzi ad un numeroso, eletto uditorio, il prof. dott. Saverio Santori ha tenuto, nella sede della Società degli ingegneri ed architetti italiani, in Roma, una brillante conferenza sulla «Determinazione del valore degli alimenti».

Premesso che nonostante i cibi più usuali contengano qualità chimiche e calorigene sufficenti alle esigenze di una nutrizione razionale, nota che il grande pubblico, senza una ragione pienamente giustificabile, si è orientato, per atavismo quasi, verso certe categorie di cibi, che il conferenziere definisce concentrati, quali la carne, le uova, ecc., con esclusione pressochè totale dei vegetali, come cibi fondamentali.

Ed essendo i cibi «concentrati» quasi sprovvisti di scorie, lo stomaco sano si è facilmente acconciato a digerirli senza sforzo alcuno.

Quindi, poco alla volta, atrofizzazione dello stomaco ed atonia dell'intestino. Di qui una lunga serie di malattie, fra cui comunissima la stitichezza.

I vegetali invece, e specialmente i legumi, oltre ad impedire l'atrofizzazione dello stomaco, in quanto lo costringono a lavorare per l'eliminazione delle scorie, ricchi come sono di cellulosa, impediscono la elaborazione di prodotti tossici.

Il vegetariano, quindi, normalmente, non è malato di stomaco e d'intestino e non va soggetto alla multiforme gamma della così detta uricemia.

La conferenza fu illustrata con dati statistici e numerosi diagrammi.

Limiti d'età dei professori universitari.

Nel 1917 vengono raggiunti dai limiti d'età tre luminari delle discipline mediche in Italia: Camillo Golgi, di patologia generale a Pavia (7 aprile); Giacomo Filippo Novaro, di clinica chirurgica a Genova (2 maggio); Giorgio Roster, d'igiene sperimentale a Firenze (20 maggio).

Laurea d'onore ad un laureando morto in guerra.

In applicazione al D. L. 1° ottobre 1916, il Rettore dell'Università di Bologna ha conferito le prime 22 lauree di onore alla memoria di giovani laureandi caduti in guerra. Tra esse ne è compresa una ad un laureando in medicina, Contro Alberto Paolo, fu Domenico, da Sanguinetto (Verona).

Scuola Castrense Veterinaria.

È stato deliberato d'istituire, analogamente a quanto si è fatto per gli studenti di medicina, una Scuola Castrense Veterinaria con sede a Bologna, allo scopo di tenere un corso accelerato per gli studenti di quarto anno di veterinaria.

Scoppio e incendio d'una fabbrica di medicazioni antisettiche.

Alla fabbrica di medicazioni antisettiche Ghisio e figlio di Pavia avvenne uno scoppio in un edificio adibito alla lavorazione della garza allo jodoformio. L'edificio rovinò e andò preda alle fiamme. In quel mentre si trovavano nello stabilimento il direttore dott. Eugenio Casazza e due giovani operaie: il direttore rimase gravemente ustionato al volto e alle mani; le operaie rimasero entrambe coperte di scottature e furono trasportate all'ospedale in condizioni disperate. Si ritiene che abbiano causato lo scoppio le scintille sprigionate dal motore.

L'Industria Nazionale di anilina.

Si è sempre pensato, durante la guerra, alla costituzione di una grande industria italiana per la fabbricazione dei prodotti di anilina, onde emancipare la nostra industria dalle organizzazioni potentissime estere e specie tedesche. Viene ora annunziato che a Milano si è costituita, con rogato del notaio Serina, l'Industria Nazionale di anilina, che si inizia con un capitale di L. 6.000.000. L'intrapresa è dovuta al sen. Luigi Della Torre e ad Aldo Veneziani, con la collaborazione del prof. sen. Ciamician. È oltremodo confortante che, mentre i nostri valorosi soldati impongono con la forza delle armi il rispetto ed il prestigio del nome d'Italia, il nostro paese si prepari a mettere in valore le inestimabili forze nascoste, per emanciparsi dal vincolo straniero.

Lascito cospicuo.

Il nostro connazionale Vitaliano Ciampini, morto recentemente a Marsiglia, ha legato a questa città 35 milioni, destinandoli ad opere di beneficenza e per la massima parte alla costruzione, all'arredamento ed alla manutenzione di un grandioso ospedale.

Formazioni sanitarie donate alla Russia.

In tutti i comuni della Francia è stata aperta una sottoscrizione nazionale per offrire al Governo russo le seguenti formazioni sanitarie:

un'ambulanza chirurgica automobile tipo 1917 per il fronte orientale;

un ospedale da 200 letti per Kiew ed uno da 50 letti per Trebisonda;

due ambulanze alpine per il Caucaso.

Il giorno 10 marzo all'età di anni 85 moriva a Venezia il prof. **DIOSCORIDE VITALI** già professore di chimica farmaceutica all'Università di Bologna. Con la sua scomparsa l'Italia perde un grande patriota ed uno scienziato che le faceva onore; Venezia, che ormai era abituata a vederlo girare per le sue piazze con la sua figura imponente e bonaria, conoscendo il valore dell'uomo, ne piange la perdita come di un concittadino caro.

A 23 anni, intollerante del dispotismo del ducato di Parma, fuggì e si arruolò nella legione anglo-italiana che doveva recarsi in Crimea, e perciò venne esiliato. Era farmacista in Piacenza, sua patria, quando, nel 1859, si arruolò nel corpo dei Cacciatori delle Alpi e combattè a fianco di Garibaldi e di Bixio. Dopo la pace di Villafranca vinse il concorso al posto di direttore della farmacia dell'Ospedale di Piacenza e là cominciò a pubblicare lavori scientifici di riconosciuto valore di chimica farmaceutica e tossicologica. L'illustre chimico Francesco Selmi lo aveva in grande considerazione, e fu grande fortuna per la scienza e per la scuola, che dopo la morte del Selmi, rimasta vacante la cattedra di chimica farmaceutica, il Vitali vincesse il concorso e gli succedesse. Nessuno più di Lui era degno di succedere a quel grande maestro. Fu insegnante prezioso ed amato da tutta una generazione di allievi, ed all'Università continuò la sua opera scientifica pubblicando numerosi trattati, dei quali alcuni ebbero anche l'onore d'essere tradotti in lingue straniere. Furono oltre duecento le sue pubblicazioni, che lo resero celebre in tutto il mondo scientifico.

Meritano speciale menzione: il manuale di chimica tossicologica; il manuale sulle alterazioni e sofisticazioni dei principali preparati chimici; la chimica farmaceutica e tossicologica dei corpi minerali, in 2 vol.; il compendio di chimica inorganica e organica, 2 vol.; studii sui cristalli del sangue, sulle macchie sanguigne, sui cristalli di emina; ricerche degli acidi e dei pigmenti biliari nell'orina e dell'acetone con nuove reazioni, ecc.

Fu insignito di molte cariche *ad honorem*, ma molti onori rifiutò per la sua grande modestia.

All'illustre scienziato, al grande patriota, al modesto cittadino, un reverente e mesto saluto; al prof. Fabio Vitali, medico primario dell'Ospedale civile di Venezia, nipote e genero dell'estinto che tanto amava, vivissime e sincere condoglianze.

A. Dian.

Il giorno 6 corr. moriva serenamente in Albano Laziale il dott. cav. **ANDREA GIURA.**

Nato ad Isernia nel 1849, si laureò, appena ventitreenne, nell'Università di Napoli. Esercitò sempre con grande stima ed onore in Isernia, a Rocca Priora, e per più di 25 anni in Ariccia quale medico-chirurgo condotto. Da qui si ritirò pensionato, in Albano Laziale, ove la fiducia e l'affetto dei colleghi lo vollero a presidente di quella A. N. M. C.

Era medico di fiducia delle migliori e più agiate famiglie di Ariccia e di Albano e godeva una meritatissima stima di valente professionista e di ottimo cittadino in tutti i Castelli Romani.

Lascia un largo e sincero rimpianto, massimamente nelle popolazioni di Albano e di Ariccia, che accorsero numerose ai suoi funerali.

G. M.

Il 12 del corrente mese, dopo lunga malattia, moriva, ritiratosi in pensione a Firenze, il dottor **POMPILIO MARTELLI,** già medico condotto a Ferentino, dove si era trattenuto per ben 20 anni, essendo passato per precedenti altre condotte, ovunque con plauso generale, data la sua vasta cultura e la cordialità.

Fervido patriota, a 18 anni, mentre era studente di medicina a Bologna, si arruolò con Garibaldi e combattè nel Trentino. Fu ottimo padre curando l'istruzione dei tre figli, dott. Lodovico, dott. Valerio e avv. Canzio, col frutto del suo onesto lavoro. Ad essi profondamente contristati mando il compianto il più sentito a nome dei colleghi tutti della regione. Dott. Arnaldo Angelini.

Si è spento il dott. **EMILIO TOMÈ**, fondatore e direttore dell'Ospedale di Castelleone (Cremona), professionista apprezzato, propagandista efficace, lavoratore instancabile. P.

È morto a Bologna il prof. **LEONE PENIX,** ordinario di chimica farmaceutica e tossicologia, rettore di quella Università. Aveva 55 anni.

È morto a Modena il prof. **AUGUSTO CORONA,** ordinario di fisiologia sperimentale nella R. Università di Parma. Aveva 65 anni.

È morto a S. Martino dall'Argine (Mantova) il prof. **FERRANTE APORTI,** libero docente di patologia medica a Parma.

Rassegna della stampa medica.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 14 genn. DEMATTEIS: Meiopragia tiroideoipofisaria postinfettiva. CERESOLE: Proiettili in cavità pleurica. 18 gen. BREDA: A. De Giovanni. CHIRI: Febbre melitense.

Bull. de l'Ac. de Méd., 16 genn. MOSNY: Profilassi scolastica della difterite. TÉMOIN: Cura chirurgica dell'ulcera gastrica. ABADIE: Nuovo compasso localizzatore chirurgico.

Paris Méd., 20 genn. GAUCHER: La sifilide dopo due anni di guerra. LABBÉ e CANAT: La bilicoltura nei tifosi. REGNAULT: Apparecchio ambulatorio per diverse lesioni dell'arto inferiore. IMBERT e GAUTHIER: Un segno di frattura della mandibola.

The British Med. Journal, 20 genn. BROWNING e a. Flavina e verde brillante nelle ferite infette.

Archives of Radiol. a. Electroth., genn. RUSS: L'elettrolisi nella cura della suppurazione.

The Lancet, 20 genn. SYMONDS: La laminectomia nelle ferite da arma da fuoco del midollo spinale. WYARD: I fenomeni dell'anafilassi.

La Presse Méd., 22 genn. PAUCHET: Trattamento chirurgico dell'ulcera duodenale. MERKLEN e HEUYER: Nefriti secche e sifilide.

Paris Méd., 27 genn. LESIEUR: Enteriti semplici e dissenterie: note cliniche e batteriologiche.

The British Med. Journal, 27 genn. COOPER: Contratture e forme affini: cause e trattamento. KIDD: Sulle malattie dell'uretra maschile.

The Lancet, 27 genn. LEISHMAN e SMALLMAN: Terapia del tetano. STOKES, RYLE e TYTLER: Morbo di Weil fra le truppe inglesi nelle Fiandre.

Pensiero Med., 28 genn. MICHELI: Sull'anemia perniciosa gravidica.

The Quarterly Journal of Med., ott.-genn. BIRKS, THORNLEY e FAWCUS: Setticemia da tetrageno causa di piressie al fronte. MOORE: Retinite nell'arteriosclerosi. DAWSON e HUME: Itterizia di origine infettiva. WEBER: Lipodystrophia progressiva.

Pathologica, 1 genn. SANGIORGI e UGDULENA: Ciliati nell'intestino umano. LACAVA: Caso autoctono in Europa di elefantiasi da Filaria Bancrofti.

Giorn. d. R. Soc. It. d'Ig., n. 6. ALBERTINI e ROMANO: La refezione vegetariana nelle scuole.

Bull. de l'Ac. de Méd., 23 genn. REMOND e MINVIEILLE: Uremia e secrezioni interne. BOURGUET: I nasi «brutti» corretti chirurgicamente. WEILL: Vaccinoterapia delle osteomieliti tifiche.

Revue Méd. de la Suisse Rom., nov.-dic. BOCH: Sulle associazioni medicamentose. HEIM e JANNERET-MINKINE: Sui pseudo-rantoli fibrinosi.

Boston Med. a. Surg. Journal, 4 genn. JACKSON: Il dolore addominale. WHITE: Lo stomaco nella sifilide.

L'Attualità Medica. Meccanismo e cura del dolore.

Il fascicolo 3 (1 marzo 1917) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. AUGUSTO MURRI - *Sopra un caso di sclerosi cerebrospinale* (con una tavola foto-collografica).

II. Prof. G. MINGAZZINI - *Osservazioni cliniche sulle lesioni del cervello e del midollo spinale da proiettili di guerra.*

III. Dott. GUIDO IZAR - *È il prurigo di Hebra una micosi?*

Il fascicolo 3 (15 marzo 1917) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

I. Dott. GIOVANNI BASILE - *Zymonematosi indigena della gola.* (Studio clinico-sperimentale sulla cosidetta «Blastomicosi»).

II. Prof. ORESTE CIGNOZZI - *Occlusione intestinale da invaginazione tiflo-colica in ceco mobile con appendicite.*

III. Prof. GIUSEPPE MARIOTTI - *Intervento per echinococco primitivo del polmone.*

IV. Prof. OTTORINO TENANI - *L'ernia cerebrale traumatica.*

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 1 aprile 1917* Fasc. 14.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALETTO DA CAMPO N. . . . - ZONA DI GUERRA.

La toracentesi nell'emotorace per ferite del polmone

per il dott. LUIGI LONGO
aiuto di Sezione chirurgica all'Osp. Magg. di S. Giovanni di Torino.

Le ferite d'arma da fuoco del polmone, ed in special modo quelle da proiettile di fucile, rappresentano ancora oggidì uno dei campi in cui la terapia chirurgica è meno attiva. È regola ordinaria in queste ferite di limitarsi al trattamento medico dopo immobilizzato il ferito a letto, facendo una cura unicamente sintomatica, non allontanandosi da questo principio che quando insorgano complicanze. E tale linea di condotta trova la sua spiegazione nel concetto molto diffuso e, starei per dire, altrettanto errato, della benignità delle ferite polmonari, escluse ben inteso le ferite rapidamente mortali e che sono tali da non permettere ai colpiti di giungere vivi ai primi posti ove possano essere ricoverati e sottoposti a quel qualsiasi atto operatorio che si dimostrasse necessario.

Purtroppo però la realtà è ben diversa e nella lunga pratica che ho potuto acquistare sull'argomento in 20 mesi di servizio in guerra, ho dovuto rilevare tutta la gravità di tali ferite anche considerando solo i casi che permettono al ferito di arrivare all'ospedaletto da campo ove potrà ricevere tutte le cure necessarie: ferite gravi per la mortalità relativamente grande e gravi per gli esiti lontani.

Riservandomi di trattare fra breve più estesamente il problema delle ferite polmonari in genere, voglio ora soffermarmi su un punto solo della questione trattando della cura di una delle più frequenti, e direi quasi costanti, complicanze, cioè dell'emotorace.

In un ferito polmonare con emotorace, il primo quesito che si presenta al chirurgo è quello se convenga o no intervenire estraendo il sangue raccolto nella cavità pleurica.

Finora è prevalso il concetto del *noli me tangere* sia per il pericolo che sempre si prospetta di portare, con l'atto operatorio, microrganismi nella pleura ove troverebbero naturalmente condizioni ideali per il loro sviluppo con conseguente trasformazione dell'emo- in pio-torace,

sia per il concetto dominante, che ritengo in parte errato nel caso specifico di emotorace per ferite polmonari di proiettile, della innocuità della permanenza del sangue nella cavità pleurica, ritenendosi che in genere venga abbastanza rapidamente riassorbito senza conseguenze.

Senza discutere ora tale questione, cosa che farò altrove, noterò solo che tuttavia numerosi sono i casi in cui sia per l'abbondanza del versamento, sia per la nessuna tendenza di esso a riassorbirsi, lo svuotamento si impone. Ma appunto quando ci si accinge alla toracentesi di un emotorace consecutivo a ferita del polmone ci si trova spesso di fronte ad una serie di difficoltà ed inconvenienti, più gravi e più frequenti che nelle comuni toracentesi, e forse più a questi fatti che non nella bontà degli esiti dell'emotorace non svuotato va ricercata la tendenza dei chirurghi a non intervenire in questi casi.

Nello svuotamento di un emotorace consecutivo a ferita polmonare, col comune apparecchio del Potain, anche in casi in cui il sangue raccolto nella pleura si mostra, per i sintomi rilevanti all'esame plessico e ascoltatorio, abbondantissimo e libero nella cavità pleurica, il primo inconveniente che si nota è la difficoltà grande con cui il sangue fuoriesce e con cui si può procedere nello svuotamento.

Infitto l'ago in piena area di ottusità e iniziata l'aspirazione, fuoriuscita talora una quantità minima di sangue, il deflusso incomincia a diminuire rapidamente e ben presto cessa. Il paziente accusa dolori, stimoli di tosse quando si aumenta l'aspirazione o si cerca sportar l'ago, ma non si riesce spesso a far riprendere il deflusso del sangue. Assai spesso si è costretti, dopo tentativi e insistenze prolungate, talora con non poche sofferenze per il ferito, a tralasciare l'operazione dopo aver estratta una quantità di sangue ben inferiore a quella contenuta nella cavità pleurica.

Altre volte ancora il liquido si può estrarre abbastanza facilmente ma si è costretti ad operare lentissimamente e talora anche sospendere e perfino rinviare l'atto operativo per le sofferenze presentate dal paziente. Incomincia ad avere stimolo di tosse, dolori, e man mano che l'evacuazione del liquido procede tali sintomi si accentuano: la tosse si fa stizzosa, i dolori violenti, sopravviene dispnea, il polso si fa frequente, piccolo, la faccia pallida, ecc. Si deve talora sospendere l'operazione per la gravità dei sintomi e per il pericolo dell'insorgenza di un edema polmonare acuto grave.

Nei casi in cui malgrado questi accidenti si riesce a condurre a termine l'atto operativo, altri inconvenienti spesso si hanno ancora a lamentare. A parte il fatto che in tali condizioni raramente si riesce a svuotare completamente la cavità pleurica del suo contenuto, un fatto credo degno soprattutto di attenzione. Ed è la facilità estrema con cui il versamento sanguigno si ripete dopo la toracentesi: nei numerosi casi che caddero sotto la mia osservazione quasi costantemente ho notato che dopo un primo svuotamento la raccolta endopleurica si rifaceva ancora, e talora anche piuttosto rapidamente.

Tutti questi inconvenienti rilevabili nella toracentesi con l'apparecchio Potain sono facilmente spiegabili considerando le condizioni della raccolta sanguigna nella pleura, il suo modo di comportarsi ed il meccanismo col quale avviene il suo svuotamento.

Senza entrare in merito alla causa del fatto, ho potuto constatare nelle raccolte emotoraciche due modi di comportarsi della massa sanguigna, direi quasi, diametralmente opposti. In versamenti pleurici formatisi in condizioni apparentemente uguali, si riscontra ora un coagularsi rapido del sangue, con formazione di spessissime cotenne applicate sui foglietti pleurici, viscerale e parietale, con travate fibrinose tramezzanti e blocchi riempienti quasi la cavità pleurica, con tendenza ad organizzarsi, spesso rapidamente, in modo che la cavità pleurica finisce per essere come riempita da una spugna con concamerazioni numerose, più o meno ampie, comunicanti o no tra loro, ripiene le une da sangue mantenutosi fluido, le altre da siero; ed altre volte invece la massa sanguigna si mantiene per intero fluida e le pleure presentano lievissimo ispessimento anche dopo lungo tempo.

Questo diverso comportarsi della raccolta sanguigna si rileva già spesso al semplice esame obbiettivo accurato, ed io ebbi modo di controllarlo sia in casi in cui dovetti addivenire a toracotomie sia in reperti necroscopici.

Nella toracentesi coll'apparecchio Potain, si nota impossibilità di estrarre completamente il liquido nel primo caso per la fissità acquistata dal polmone, e nel secondo caso invece il liquido si può bensì estrarre abbastanza facilmente, ma si devono lamentare gli accidenti dovuti alla dilatazione rapida del polmone, con sintomi immediati talora allarmanti e con la conseguenza frequente di provocare la riapertura della ferita polmonare in seguito allo stiramento cui è esposto il polmone che deve espandersi per occupare il posto lasciato vuoto dal sangue estratto. Fatto questo assai grave

per le conseguenze emorragiche e più ancora settiche che ne possono derivare: ma di ciò dirò più precisamente in altro lavoro.

Voglio ora solo richiamare l'attenzione sul sistema di toracentesi proposto dal Morelli in questi casi e riportare i risultati veramente brillanti che potei registrare con la sua applicazione in numerosi casi.

Il concetto informatore del metodo è quello di sostituire nella toracentesi al liquido che si estrae ugual quantità di gas in modo da non modificare affatto le condizioni di pressione endopleurica cui è soggetto il polmone.

Rimando al lavoro del Morelli sulla *Riforma Medica*, anno 1917, per la descrizione completa e minuta dell'apparecchio.

Questo, ridotto alla massima semplicità, cosicchè può con facilità essere usato anche nelle condizioni di ambiente e di assistenza meno favorevoli, differisce non molto da un comune Potain: sostituisce alla bottiglia piccola una bottiglia della capacità di circa un litro, alla pompa aspirante e premente un comune siringone di vetro di 100 cmc., facilmente sterilizzabile, ed intercala tra siringa e bottiglia un rubinetto di vetro a tre vie.

La tecnica operativa è molto semplice e l'atto privo di qualsiasi pericolo. Sterilizzato l'ago col tubo di conduttura, bottiglia e siringa, si dispone il ferito seduto e si infigge l'ago nello spazio intercostale prescelto, come per qualsiasi toracentesi. Si fa allora un' aspirazione con la siringa: la diminuzione di pressione nella bottiglia provocata con una semplice aspirazione è tale da iniziare quasi costantemente il deflusso del liquido.

Nel caso, assai raro invero, in cui ciò non accadesse, si può, manovrando il rubinetto a tre vie, cacciar fuori l'aria dalla siringa ed aspirarne dalla bottiglia altri 100 cmc. Iniziato il deflusso del sangue, ed appena acquistata in tal modo la certezza di essere con la punta dell'ago in piena raccolta sanguigna, si spinge lo stantuffo della siringa cacciando l'aria in essa contenuta nella bottiglia e, per l'aumento di pressione che in questa si provoca, si inietta così nella cavità pleurica un volume d'aria perfettamente uguale a quello del liquido fuoriuscito. L'aria iniettata potrebbe per il calore che acquista nella cavità pleurica dilatarsi aumentando così la pressione endopleurica, cosa di nessun danno in questi casi, come avrò a dimostrare parlando della cura delle ferite polmonari con il pneumotorace artificiale; e d'altra parte tale fatto può facilmente evitarsi avendo cura di mantenere l'aria della bottiglia ad una temperatura ai 37°, tenendo la bottiglia stessa in un catino pieno di acqua tiepida. Sostituito appena il primo liquido fuoriuscito con l'aria, è bene, ed a questo principio ci siamo costantemente attenuti, aumentare l'aria iniettata nel cavo pleurico, aspirandone con la siringa dall'esterno circa 50 cmc., manovrando a tal uopo opportunamente il rubinetto a tre vie e facendo passare l'aria aspirata attraverso od un filtro fórmato da un tubo di vetro ripieno di cotone sterile, ed iniettandola nella bottiglia e di qui, per il naturale aumento di pressione, nella pleura. Quando l'aria penetra nella pleura se ne ha la sensazione netta sentendosi benissimo il gorgogliare di essa attraverso il liquido. Si continua in seguito l'operazione aspirando dalla bottiglia altri 100 cmc. di aria (tale è la capacità della siringa), aspettando che il deflusso del sangue in essa cessi o per lo meno diminuisca fortemente e comprimendo dopo lo stantuffo della siringa in modo da cacciare i 100 cmc. di aria in essa contenuti nella bottiglia. Ma col deflusso del sangue avvenuto nella bottiglia, la capacità della medesima è diminuita e per conseguenza di questi 100 cmc. di aria che in essa si immettono, un volume perfettamente uguale a quello del sangue che con l'aspirazione si è richiamato nel recipiente, fluirà nella cavità pleurica: e lo sentirà penetrare in essa distintamente gorgogliando attraverso al sangue non ancora estratto. La cessazione del rumore di gorgoglio sarà l'indice che è cessato il passaggio dell'aria nella pleura e che si è ristabilito l'equilibrio di pressione. Verrà allora continuata l'operazione, consistente, come si vede, nel semplice metodico succedersi di una aspirazione con la siringa, mediante la quale si richiama una certa quantità di sangue della pleura nella bottiglia, e di una compressione, con la quale si provoca la penetrazione dalla bottiglia nella pleura di ugual quantità di gas, fino a completa evacuazione dell'emotorace. Ad operazione ultimata nel cavo pleurico esisterà un volume di gas perfettamente uguale a quello del liquido estratto, si avrà cioè la sostituzione perfetta del sangue con gas. L'apparechio dà la possibilità, manovrando opportunamente il rubinetto a tre vie, di aumentare o diminuire la quantità di gas che si inietta, ma di ciò dirò altrove.

Voglio ora soltanto richiamare l'attenzione sui vantaggi grandissimi che presenta tale sistema di toracentesi.

Un primo vantaggio il cui valore appare a prima vista è quello di potersi svuotare completamente la raccolta pleurica indipendente-

mente dalle condizioni del polmone. Nella toracentesi con l'apparecchio Potain infatti il vuoto lasciato dal sangue che defluisce dalla cavità pleurica nella bottiglia viene occupato dal polmone che deve perciò dilatarsi. Ma nei casi in cui l'ispessimento della pleura viscerale in seguito all'organizzazione dei depositi fibrinosi è tale da murare quasi il polmone e impedirne l'espansione, il che capita molto spesso nelle raccolte emotoraciche per ferite del polmone, l'evacuazione completa del liquido diviene impossibile.

Usando invece il sistema suddescritto, non è necessaria, anzi è evitata, l'espansione del polmone poichè il posto del sangue che si evacua viene occupato dal gas iniettato. E se qualche difficoltà si può avere, è nell'estrazione delle prime quantità di liquido, ed appunto perciò si consiglia, appena acquistata, per il deflusso del liquido, la sicurezzadi pescare coll'ago in piena raccolta sanguigna, di iniettare nella pleura, prendendola dall'esterno. 50-100 cmc. d'aria. Basta l'aumento di pressione dato da questa piccolissima quantità di gas per facilitare di molto tutta l'operazione.

Col progredire dell'atto operativo aumenta sempre più la facilità con cui può defluire il liquido essendo sempre maggiore la quantità di gas che venendo con la propria espansione ad occupare il posto del liquido che fuoriesce, favorisce il deflusso stesso.

Si può così con l'ago andar quasi alla ricerca delle minime quantità di liquido ed estrarlo, indipendentemente, ripeto, dalle condizioni di espansibilità del polmone, e si possono così vuotare molte raccolte pleuriche che non si sarebbero altrimenti assolutamente potute evacuare.

Altro vantaggio di indiscutibile valore consiste nel fatto che tutto l'atto operativo si compie senza che nessun cambiamento venga portato nell'equilibrio di pressione fra polmone e pleura, e lasciando il polmone perfettamente immobile. Benefizio questo grandissimo quando si pensi a tutti gli accidenti cui si va incontro praticando l'aspirazione con l'apparecchio Potain, accidenti dovuti alla distensione rapida cui è soggetto il polmone per la forte diminuzione di pressione che si deve provocare nella cavità pleurica per poter procedere all'estrazione del liquido, accidenti talora gravissimi e che possono perfino imporre la sospensione dell'operazione.

Accenno qui appena all'utilità che tal genere di toracentesi porta nella cura delle ferite polmonari col pneumotorace artificiale, cura preconizzata dal Morelli; utilità sia perchè si costituisce in tal modo già una buona camera d'aria che favorisce notevolmente il successivo trattamento sia per l'immobilità in cui si lascia il polmone, fatto di evidente valore per la cicatrizzazione della ferita polmonare. Il pericolo, da taluni affacciato, di un'embolia gassosa nella produzione del pneumotorace, non sussiste affatto, poichè l'introduzione di gas si fa mentre si ha la certezza assoluta che la punta dell'ago pesca nel liquido endopleurico.

Le deduzioni che venni teoricamente svolgendo ebbero la loro piena conferma nella pratica che potei fare nei mesi di novembre e dicembre u. s. su numerosi feriti toracici. Ebbi occasione di osservare fatte con tale metodo 24 toracentesi. In tutti indistintamente questi casi i pazienti sopportarono l'atto operativo con stupefacente tranquillità: si può affermare che all'infuori del dolore provocato dall'introduzione dell'ago, che trattandosi di estrarre sangue deve avere un certo calibro, non accusarono nessun disturbo. Si potè compiere la quasi totalità delle toracentesi con paziente seduto sul letto: durante l'evacuazione della raccolta la massima parte dei feriti poteva liberamente parlare, in nessuno sopravvenne mai tosse, nè dolori, nè dispnea, nè tanto meno altri fenomeni più gravi, cosicchè si potè ogni volta evacuare completamente la raccolta. In un solo caso si dovette sospendere l'atto operativo, in un paziente che già prima di iniziare l'operazione, alla sola vista dello strumento aveva avuto un accesso di lipotimia. Lo stesso individuo però, convintosi per propria esperienza dell'innocuità assoluta dell'atto operativo, sopportò pochi giorni dopo benissimo una seconda toracentesi prolungatasi fino ad evacuazione completa del liquido.

Vennero evacuate in tal modo raccolte ematoraciche le più varie sia come quantità di liquido, sia riguardo al tempo in cui venne praticata la toracentesi. Svuotai raccolti poco abbondanti, di 300-400 cmc., ed altre abbondantissime, di oltre 2000 cmc.: in ogni caso il liquido potè essere estratto tutto o per lo meno la quantità lasciata fu sempre così piccola da non essere quasi rilevabile all'esame plessico nè colla stessa puntura esplorativa. In alcuni casi si acquistò la convinzione che non si sarebbe col comune apparecchio Potain potuta evacuare la raccolta sanguigna trattandosi di raccolte che già all'esame obbiettivo si presentavano circoscritte da spese pseudomembrane non modificandosi affatto la linea di ottusità coi cambiamenti di posizione del paziente: si dovette in parecchi casi penetrare assai profondamente coll'ago per poter arrivare nella parte liquida attraversando la pleu-

ra parietale ispessita talora di parecchi centimetri per depositi fibrinosi.

In qualche caso si dovette anche pungere reiteratamente poichè pungendo dapprima nelle parti più declivi della zona ottusa si trovava quivi tale spessore di coaguli e di fibrina che non si riusciva con l'ago ad arrivare nella parte liquida della raccolta e solo pungendo più in alto ed attraversando ancora uno spessore di parecchi centimetri si riusciva ad arrivare sulla parte fluida ed evacuarla.

In tali casi la capacità di espansione del polmone era certo nulla ed una comune toracentesi avrebbe fallito al suo scopo.

Riguardo al tempo in cui venne praticata la toracentesi farò notare che questo fu vario nei vari casi: vennero svuotate raccolte dopo 1-3 giorni dacchè l'individuo era stato ferito e ne furono svuotate dopo 30-40 giorni. Notevole il fatto che su 24 casi ben 20 volte la raccolta pleurica non si rifece più, neppure nei casi in cui si procedette alla toracentesi brevissimo tempo dopo la ferita del polmone, casi nei quali, col metodo comune, la ferita polmonare recente, nell'espandersi del polmone, per il necessario stiramento cui sarebbe stata assoggettata, si sarebbe quasi sicuramente riaperta con la conseguente riformazione del versamento pleurico e la probabile infezione della pleura stessa. In due casi soli si dovette praticare un secondo intervento: uno fu il caso suddescritto in cui si dovette sospendere la prima estrazione per l'eccitabilità estrema, quasi morbosa, del paziente; nell'altro caso si trattava di un ferito presentante abbondantissimo emotorace, con temperatura elevata (38°-39°) stato generale cattivo, datante da oltre 20 giorni. Svuotata completamente la raccolta sanguigna, oltre un litro, immediatamente la temperatura si abbassò e per parecchi giorni l'ammalato fu apirettico e non si riscontrò nulla di speciale all'esame toracico. Si ebbero però in seguito nuove elevazioni febbrili, non più così elevate però, e si formò poco a poco nuova raccolta pleurica. Con la toracentesi si estrassero 500 cmc. di liquido non più ematico ma citrino, da causa flogostica; e l'infezione preesisteva certamente al primo intervento come si poteva dedurre dalla febbre elevata e dai sintomi generali presentati dal ferito. Qualora non si fosse intervenuti non si sarebbe forse andati quasi sicuramente incontro alla trasformazione purulenta della raccolta? È lecito almeno sospettarlo. Dopo la seconda toracentesi, il ferito presentò un decorso normale e fu dimesso, dopo averlo tenuto ancora in osservazione per circa un mese, completamente afebbrile e senza traccie di liquido nella pleura.

In un prossimo lavoro sulle ferite polmonari ove potrò riportare le osservazioni fatte su oltre 250 casi, ritornerò sull'argomento, riferendo gli esiti avuti in una serie di ferite polmonari trattate con la formazione di un pneumotorace artificiale, del quale trattamento la toracentesi con sostituzione di gas al liquido estratto costituisce uno dei primi tempi dell'intervento.

Ora (non avendo io esperienza circa l'applicazione di tale metodo allo svuotamento delle comuni raccolte pleuriche, ove però teoricamente si deve ritenere possa con vantaggio essere applicato), mi limito a raccomandarlo per i casi di emotorace per ferite polmonari nei quali casi più gravi sono gli inconvenienti notati nella toracentesi praticata col solito apparecchio Potain, tanto da rendere discutibile la utilità dell'intervento. Non esito a raccomandarlo, basandomi sui risultati avuti nei casi caduti sotto la mia osservazione, come un intervento che qualsiasi chirurgo può con sicura coscienza accingersi a praticare anche nelle condizioni di ambiente e assistenza le meno favorevoli, sia per la sua semplicità, sia per l'assoluta innocuità bastando essere molto cauti e osservare le più scrupolose regole di asepsi, indispensabili del resto anche per la più semplice puntura esplorativa. E chiudo queste brevi note augurando che tale metodo entri presto nella pratica comune, specialmente ora che sta dileguandosi l'assioma della benignità delle ferite polmonari, perchè ho piena coscienza dell'utilità grande che si può ritrarre dalla sua razionale applicazione.

NOTE E CONTRIBUTI.

Importanza della laringostomia nei postumi delle ferite laringo-tracheali.

Prof. Gherardo Ferreri

Fra i numerosi feriti della guerra attuale molti ve ne sono con lesioni del tubo laringotracheale che richiedono uno speciale trattamento. Sulla fase della conoscenza precisa della evoluzione di tali traumi vale la pena che prenda la parola chi ha più frequente occasione di trattarli come avviene in una Clinica di laringoiatria.

La maggiore gravità che assumono le ferite laringo-tracheali in guerra è che a differenza di quanto accade nella pratica civile raramente sono limitate, ma sono estese alle regioni vicine e prima ancora di un'infezione dànno luogo a

soffocazione che se non combattuta in tempo porta a morte.

Lasciato da parte tutto quanto la chirurgia di urgenza impone sulla linea del fuôco che in genere si limita alla tracheotomia ed al tamponamento, noi vogliamo accennare a quello che i progressi moderni della tecnica laringologica consigliano di praticare in secondo tempo per i postumi più o meno gravi del trauma laringo-tracheale e che consistono in perdite di sostanza più o meno vaste dello scheletro cartilagineo con fistole residuali, stenosi cicatriziali, talora complete. A tale riguardo dobbiamo fare una distinzione fra gli interventi prossimiori destinati a liberare il campo di schegge, sequestri, ecc., e quelli a distanza che rappresentano la cura definitiva di cui intendiamo precisamente parlare.

Appunto il principio capitale in cui vogliamo insistere è che la laringostomia intesa nel vero senso ortopedico di ricostruzione del tubo laringo-tracheale non dovrà mai essere eseguita subito ma a lunga distanza quando con i mezzi di cui è oggi fornita la diagnostica laringologica (esame laringoscopico diretto, tracheo-broncoscopia superiore, radioscopia e radiografia, ecc.) si sia chiarita la sistemazione definitiva della lesione; in una parola è una operazione che va praticata a freddo. Ciò per garantire meglio il successo di un intervento che ha al suo attivo brillanti successi.

Nella nostra Clinica per il numero rilevante di laringostomizzati di ogni età e per le più svariate contingenze si ebbe agio di fare larga esperienza, che sarebbe stata maggiore se nella distribuzione dei feriti si fosse meglio seguìta la specializzazione. Basta aver seguìta la lunga e paziente cura che esige tale genere di malati onde raggiungere la guarigione per intendere che è indispensabile siano ricoverati in stabilimenti allenati a questo genere di assistenza.

Senza entrare in particolari descrittivi della tecnica della laringostomia ormai volgarizzata anche da nostre pubblicazioni precedenti, vogliamo solo accennare che negli adulti più che nei bambini è indicata la escissione il più possibilmente generosa dell'arco della cricoide per ovviare a probabili stenosi secondarie. Vogliamo solo accennare che allorchè crediamo raggiunta la formazione definitiva della nuova laringe, prima di procedere alla plastica applichiamo una doccia di caoutchouc modellata su ciascun individuo e dopo lungo periodo di tolleranza lasciano la doccia laringo-tracheale esposta all'aria ed alla luce per altro lasso di tempo. Solo dopo che ci siamo assicurati che la doccia non subisce modificazioni di sorta passiamo alla plastica.

Nei casi ordinari il miglior metodo di plastica è quello a lembi sovrapposti di cui uno con la cute rivolta all'interno, l'altro che scorra su di esso suturati in modo che l'adesione sia perfetta per tutta la loro estensione. Con questo metodo nei numerosi casi da noi trattati non si è mai avuto un insuccesso, nè necessità di ulteriori interventi raggiungendo sempre risultato funzionale soddisfacente ed anche estetico. La constatazione di ciò è stata confermata a lunga distanza di tempo anche in bambini il cui sviluppo ha ripreso allorchè si è ristabilita la respirazione normale. In alcuni si è avuto anche un ritorno della voce di discreta tonalità.

Crediamo pertanto che nei canulaires definitivi per ferite di guerra sia doveroso praticare la laringostomia, atto operativo non grave e tale da ridonare alla vita normale individui condannati altrimenti ad una vita di stenti, di sofferenze e di continue infezioni dell'albero respiratorio.

L'accennare alla utilità della laringostomia nei feriti di guerra qui in Bologna ci sembra anche doveroso omaggio al prof. Ruggi che primo ideò e praticò questo importante sussidio chirurgico.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CASTELSANGIOVANNI

Alterazione dei rapporti anatomici fra l'uretere ed il colon ascendente riscontrata durante una resezione ileo-cieco-colica

per il dott. LIVIO LOSIO, chirurgo primario.

Trattasi di una deviazione di decorso del segmento lombare dell'uretere destro. Il caso parmi degno di menzione, sebbene nulla aggiunga di sostanzialmente nuovo alla cognizione che l'uretere, in certe condizioni mobilissimo, può assumere transitoriamente o stabilmente inflessioni od angoli. È duopo che il chirurgo si tenga avvertito di tali eventualità quando deve operare sulla regione, eventualità che rarissimamente si rivelano con una sintomatologia clinica, e sulle quali gli autori si accontentano di qualche raro cenno.

R... C..., d'anni 55, casalinga, da Canneto Pavese. Il padre è morto vecchissimo; la madre a 56 anni di affezione addominale che l'ammalata non sa precisare; dei quattro fratelli, tre morirono di malattie acute, uno vive e sta bene.

I mestrui, comparsi a 13 anni, ebbero ricorrenze sempre regolari, e cessarono a 46 anni. Sposatasi a 20 anni, ebbe 8 gravidanze, tutte seguite da parti normali; quattro dei figli morirono in tenera età; gli altri vivono e sono sani.

L'ammalata godette sempre una ottima salute. È stata una lavoratrice infaticabile fino a quando non le limitarono le capacità i disturbi della attuale malattia.

La quale risalirebbe a più di un anno e mezzo fa. L'ammalata avrebbe scoperto soltanto sul principio della primavera scorsa, e casualmente, la presenza di un corpo duro al fianco destro. Aveva però preceduto a questa scoperta un anno circa di malessere, caratterizzato da facile stanchezza, scarso appetito, dolori di ventre un paio d'ore dopo i pasti. Questi dolori erano non di rado violenti, duraturi, e comparivano prevalentemente dopo la cena, appena l'ammalata si era coricata a letto. L'alvo era regolare. Fin dai primi periodi si accorse di dimagrare.

Il tumore presentava una forma irregolarmente tondeggiante, il volume di un mandarino, ed una spiccata consistenza. Non le procurava che una leggera dolenzia alle pressioni, durante le quali subiva brevi spostamenti sotto la mano.

L'accrescimento fu lento, ma continuo. Frattanto nel luglio ultimo scorso comparvero diarree persistenti: l'ammalata aveva 7 od 8 scariche alvine al giorno, e ciò malgrado ogni cura dietetica e medicamentosa. Durate fino a metà settembre, le diarree cessarono poi spontaneamente. Durante quel periodo i dolori addominali si sono notevolmente intensificati, con prolungati borborigmi e notevole senso di tensione del ventre. Il dimagramento si faceva più spiccato e l'ammalata assumeva un colorito pallido. Non osservò mai sangue o colorazione picea delle feci.

Fece cure varie prescritte dal medico, il quale dal luglio non fu più consultato; egli la aveva sconsigliata dal ricorrere al chirurgo.

La donna si presenta a questo ospedale il 21 ottobre, sconfortata dal rapido peggioramento.

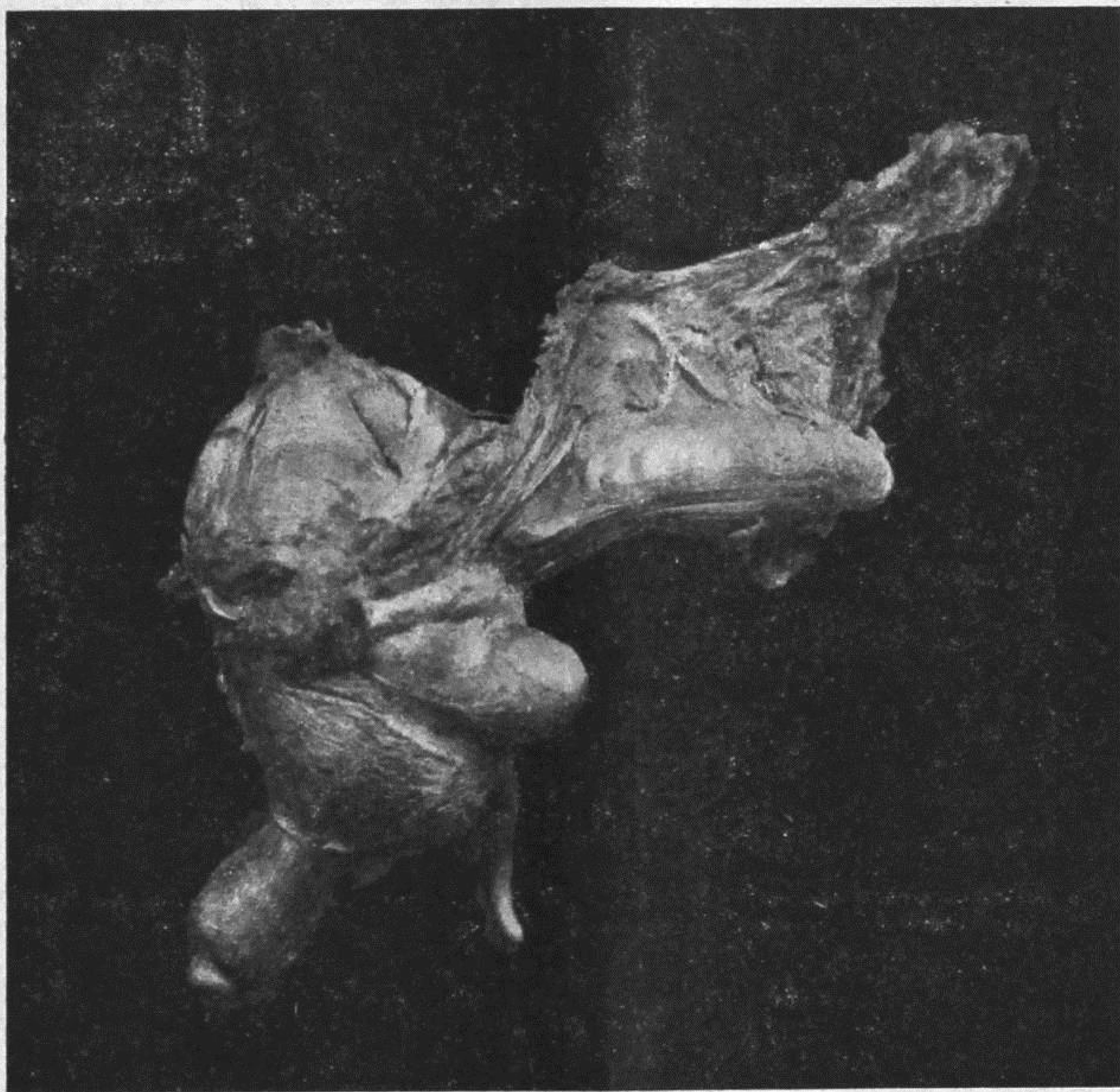


Fig. 1.

Ella si trova in condizioni di spiccato decadimento organico; è notevolmente pallida e magra. È apirettica. Presenta un lieve grado di enfisema polmonare: toni cardiaci puri, deboli. Fegato palpabile a circa tre dita trasverse sotto l'arco costale sulla emiclaveare; rene destro palpabile fino al polo superiore durante profonde inspirazioni; polo inferiore del sinistro palpabile; area di timpanismo gastrico estesa fino all'ombellico. Questi rilievi sono fovoriti da un addome floscio, pareti sottili, cascanti, sulle quali si disegnano movimenti intestinali piuttosto energici, stimolati dalla palpazione. Questi movimenti intestinali originano di preferenza al quadrante superiore destro, si rendono assai appariscenti sulla regione mesogastrica e si disperdono nella fossa iliaca destra: non sono accompagnati da dolori.

Alla regione laterale destra dell'addome, appena al disopra ed all'indentro della spina iliaca anteriore-superiore, è palpabile un tumore endoaddominale a forma irregolarmente ovoide, con polo maggiore in alto, del volume di un ovo di tacchino.

I limiti del tumore sono ben distinti verso l'esterno, incerti invece nei restanti lati, ed in particolare verso il lato mediale. La superficie sua presenta ineguaglianze a piccoli bernoccoli, e la consistenza è duro-fibrosa. Il tumore non gode di spostabilità vera e propria; ad esso si può imprimere un limitato movimento di oscillazione nel senso trasversale sulla sua base.

Il rumore di percussione grave timpanico dell'intestino appena si smorza in corrispondenza del tumore. Colla insufflazione del colon, i confini superiore, inferiore e mediale si fanno vieppiù indistinti fino ad essere quasi mascherati dalla parete distesa del colon ascendente, mentre il limite esterno del neoplasma sembra spostarsi un poco più all'infuori: contemporaneamente questa parte, che si mantiene ancora bene accessibile alla palpazione, si rende maggiormente fissa.

fondo del cieco e dalla flessura epatica. Esso origina dalla parete laterale esterna, ha sviluppo prevalentemente endocolico, offre una forma ovoidale allungata ed il volume di un ovo di tacchino.

Sulla parete intestinale un'area oblunga di 4-5 cent. di diametro, che ne attraversa obliquamente dall'alto al basso, e dall'indietro all'avanti, la faccia laterale, conferendole una superficie perlacea, rugosa, una durezza ed una rigidità fibrosa con confini molto indistinti, segna la base d'impianto del neoplasma.

A questa area ha preso aderenza un largo lembo di epiploon, ispessito, sclerosato per buon tratto nelle vicinanze della adesione; esso ha stirato in basso ed all'esterno il segmento di colon trasverso prossimo alla flessura epatica, applicandolo quasi parallelo al tratto ascendente ed accentuando molto la in-

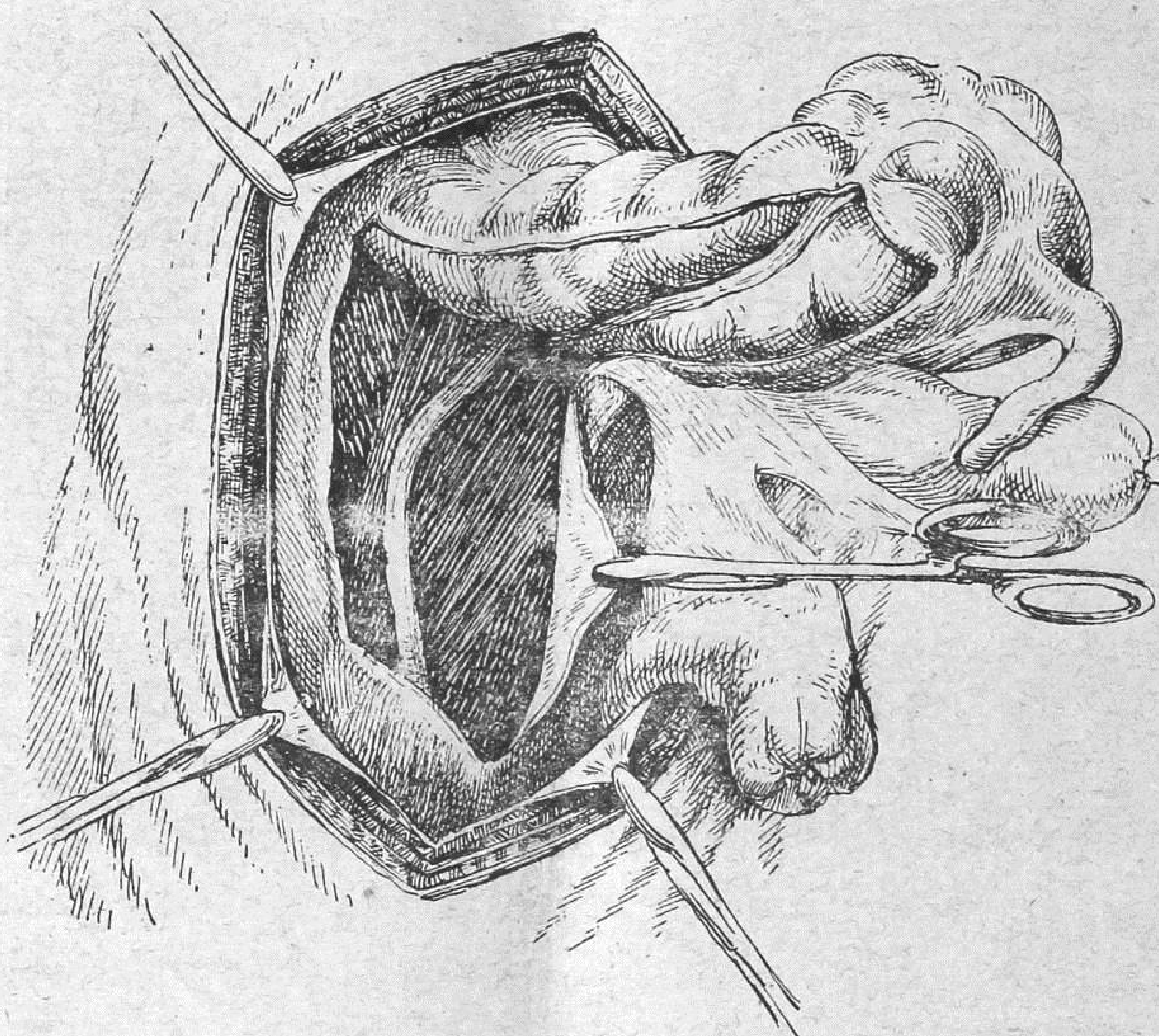


Fig. 2.

flessione colica. D'altro canto siffatta trazione esercitandosi sulla faccia laterale del colon, ha determinata sull'intestino una leggera torsione sul suo asse verso l'interno. La torsione è stata limitata dal fatto che il colon ascendente è sprovvisto di meso. Anche il cieco ha secondariamente subito un lieve stiramento in alto e medialmente: esso del resto è mobile nella fossa ciecale, che occupa col suo volume alquanto aumentato dalla distensione.

Di questi rilievi anatomo-patologici può dare una idea abbastanza precisa la figura del pezzo estirpato.

Il tumore è indolente per sè, poco dolente alla pressione. Manca il rilievo di ingrossamenti linfo-ghiandolari.

L'esame delle feci non offre nessun reperto degno di nota.

Orine normali.

Operazione il 28 ottobre 1916. Eteronarcosi. Laparotomia laterale lungo il margine del muscolo retto: la incisione comincia in alto, a due dita trasverse dall'arco costale e finisce in basso a tre dita dalla spina iliaca superiore. Appena aperto in basso il peritoneo prolassa il fondo del cieco disteso.

Si completa l'incisione del peritoneo, si ripongono e si mantengono riposte e protette mediante pezze le anse dell'ileo che tendono a fuoriuscire, e che a loro volta appaiono alquanto distese.

Esposto bene il campo si rileva che il tumore colpisce il colon ascendente nel suo segmento medio, distando in eguale misura dal

Conviene al caso la estirpazione del colon ascendente. Pertanto viene anzitutto sezionato l'ileo fra due legature a 10 centimetri dal cieco: il moncone orale è affondato sotto una borsa di tabacco. Si compie poscia lo scollamento del cieco dalla fossa iliaca, ciò che riesce abbastanza agevole. Le difficoltà incominciano quando si tratta di scollare la parete po-

steriore del colon ascendente. Il piano di « clivage » fornito dallo strato di tessuto areolo-adiposo, che di norma unisce direttamente la parete intestinale alle formazioni parietali addominali posteriori, viene tosto a mancare non appena l'isolamento avvicina al confine inferiore della neoplasia. Il tessuto areolare retrocolico ha subito un processo di sclerosi, che lo ha reso piuttosto tenace.

Allora ad un centimetro circa dalla linea dove, abbandonata la faccia laterale del colon, il peritoneo si ribatte sulla parete addominale, si incide il peritoneo stesso fino alla flessura epatica: da questa incisione procede lo scollamento, parte per via ottusa, parte con circospetti colpi di forbice, lasciando aderente all'intestino quanto più si può del tessuto adiposo sclerosato. Sollevato appena il margine laterale del colon si incontra un cordone cavo che viene tosto riconosciuto per l'uretere; esso è fissato dal tessuto sclerosato retro-peritoneale alla parete colica in avanti, alla parete addominale in addietro.

Lo si isola seguendolo con attenzione verso il basso prima e verso l'alto poscia.

Così si rileva che il suo decorso descrive una curva esterna, della quale il punto di massima convessita corrisponde al livello della neoplasia colica: a questo livello esso si avvicina quasi al solco laterale segnato dal margine laterale del colon colla parete addominale posteriore. Di quì il tratto inferiore scende con dolce curva obliquamente all'interno verso la pelvi, mentre il superiore, obliquando in alto, si fa più bruscamente mediale e raggiunge quasi con decorso rettilineo la porzione discendente del duodeno. Il margine esterno del muscolo psoas si percepisce teso ad un dito trasverso all'infuori della sommità dell'arco (fig. 2).

Isolato l'uretere resta sollevata dal suo letto la parete posteriore del colon ascendente, a cui aderisce qualche ghiandola linfatica leggermente aumentata di volume e di consistenza; al suo margine mediale si afferrano i vasi colici e si seziona il foglietto peritoneale interno. Si taglia alla base fra lacci il lembo di grande epiploon adeso alla neoplasia, quindi si isola a partire dalla flessura epatica, un segmento di colon trasverso della lunghezza di circa 15 centimetri, alla quale distanza si reseca fra due compressori. La chiusura del moncone colico viene affidata a tre piani di sutura, di cui il primo a tutto spessore, gli altri due siero-muscolari affondanti.

Dopo sostituiti alle pinze emostatiche altrettanti lacci, si provvede con anastomosi ileocolica latero-laterale sul punto medio del colon trasverso alla continuità del circolo fecale. Con qualche punto si riunisce il margine di sezione del meso-ileo al meso-colon trasverso per ovviare alla possibilità che qualche ansa vi si insinui e strozzi. Infine si peritoneizza la parete posteriore dell'addome avvicinando longitudinalmente con un sopraggitto i lembi mediale e laterale del peritoneo resecato; ciò che riesce abbastanza agevole grazie alla scorrevolezza del lembo mediale.

Accurata toilette e chiusura dell'addome con sutura a strati.

Decorso post-operativo regolare. I punti cutanei sono tolti in dodicesima giornata. Al quindicesimo giorno l'ammalata si alza: si alimenta regolarmente e non ha più disturbi. Lascia l'Ospedale il 19 novembre, guarita.

L'esame istologico del tumore dimostra trattarsi di adeno-carcinoma.

A spiegare la deviazione dal normale decorso, è logica la ipotesi che, mentre in conseguenza della ptosi renale si avvicinavano i due punti estremi dell'uretere, il suo segmento medio trovava letto alla maggiore relativa lunghezza scorrendo nell'atmosfera cellulo-adiposa retroperitoneale. Si demarcava così, e si accentuava gradatamente, la convessità esterna che nel decorso lombare dei due ureteri è, in via normale, già accennata da quella lieve convergenza che diventa poi spiccata nel loro decorso intrapelvico. La fissazione nella posizione acquisita è stata conseguenza del processo di sclerosi che ha colpito lo strato cellulare per cronica infiammazione diffusasi dalla parete intestinale.

SERVIZI SANITARI.

Gli sdentati nell'esercito.

Prof. AMEDEO PERNA, maggiore medico,
Consulente di Stomatoiatria in Zona di guerra.

L'argomento degli sdentati nell'esercito, nonchè della esattezza o meno dell'articolo 56 dell'elenco delle imperfezioni e delle infermità, in base al quale i medici periti giudicano — ai consigli di leva, ai distretti, ai corpi, agli ospedali — se gl'inscritti o i militari sono idonei o non idonei al servizio, si va agitando da qualche mese in qua, in alcuni periodici scientifici.

Ad esempio il prof. Angiolo Chiavaro, ha addirittura proposto l'abrogazione di detto articolo, sostenendo che dalla soppressione di esso l'esercito guadagnerebbe 100,000 uomini, e che verrebbe così a cessare la ragione, più volte lamentata, delle provocazioni, a cui molti ricorrono per sottrarsi al servizio militare, valendosi dell'art. 56. Poichè si sono scritte a tale proposito cose inesatte, sento il dovere di intervenire nella discussione, per le mie qualità di ufficiale medico, che da più di 15 anni esercita la Stomatoiatria nell'esercito, di Docente Universitario della materia, di consulente di Stomatoiatria in Zona di guerra dal principio della campagna.

I punti fondamentali, che a me preme di chiarire, si riferiscono: 1° al numero reale degli sdentati di tutte le classi attualmente sotto le armi, dal 1874 al 1899, quale risulta dalle statistiche sanitarie; 2° alla opportunità o meno — considerata obbiettivamente agli ef-

fetti pratici del servizio — di arruolare gli sdentati, applicando ad essi apparecchi di protesi dentaria; 3° alla convenienza o meno di abrogare o di rendere più chiaro l'articolo 56 dell'elenco.

1° *Numero reale degli sdentati.* — In tutte le leve delle classi che attualmente sono sotto le armi, cioè dalla classe '74 al 1° quadrimestre della classe '99, esso numero di sdentati, cioè di riformati per l'art. 56 dell'elenco, è complessivamente di 28,961. Di 19 classi, cioè di quelle che vanno dal '74 al '92, il numero è di 21,961. Delle 7 classi successive, cioè di quelle che vanno dal '93 al 1° quadrimestre del '99, il numero di riformati per l'art. 56 è di 8,000. Dalle statistiche risulta che il numero di tali riformati è venuto progressivamente crescendo dal '74 al '92 e che dal '93 al '99 è venuto sensibilmente riducendosi per le speciali disposizioni di leggi sulla leva, emanate nel 1913. Ma il numero complessivo di 28,961, così come risulta dalla ricerca statistica, è ben lungi dal corrispondere al numero dei riformati i quali attualmente esistono, e che potrebbero essere arruolati in una visita di revisione. Difatti, da questi 28,961 bisogna togliere, come risulta da dati ben accertati, il 15 % corrispondente ai riformati oltre che per l'art. 56 anche per altro articolo — ad esempio l'art. 1 dell'elenco — i quali si presentariono alla visita di revisione, obbligatoria per l'art. 1, e furono dichiarati idonei al servizio. Oltre che il 15 % bisogna togliere ancora il 20 %, rappresentato da quelli che si sono volontariamente arruolati, dai morti e dagli emigranti. Non restano pertanto che 18,824 uomini.

Come si vede siamo ben lontani dall'avvicinarci al numero 100,000, supposto dal prof. Angiolo Chiavaro.

2° *Opportunità o meno di arruolare gli sdentati.* — Conviene a noi, sull'esempio di quanto è stato fatto parzialmente in Francia, di arruolare i riformati per l'art. 56, provvedendoli di apparecchi di protesi dentaria, in modo da metterli in condizione di masticare sufficientemente? Considerando tale argomento dal punto di vista ideale non vi è persona che possa pensare al contrario. Il numero degli uomini che noi verremmo ad utilizzare, anche ridotto alla cifra vera di 18,824, rappresenterebbe sempre un incremento non trascurabile per il nostro Esercito. Ma dal punto di vista pratico sono poi veramente utilizzabili questi uomini? Io posso affermare recisamente di no, dopo la ricerca e lo studio da me compiuto in buona parte della zona di guerra, anche rispetto ai servizi sendentari della seconda linea, dal 1° mese della campagna ad oggi. Noi non ne utilizzeremmo nemmeno l'1 %. Quelli riformati per l'art. 56, che si sono intesi animati d'amor patrio, sono già sotto le armi, presentativisi volontariamente, con apparecchi di protesi dentaria o senza, fatta o no la cura dei denti cariati.

Quale consulente di stomatoiatria in Zona di guerra ho fatto applicare, sotto la mia direzione, a 320 soldati, entrati durante un anno all'Ospedale Stomatoiatrico dell'Armata per i provvedimenti medico-legali, apparecchi di protesi dentaria, e poi li ho fatti tornare ai rispettivi servizi: ai corpi, ai panificî, agli Stabilimenti sanitarî. Alla scadenza massima di un mese, sono tutti tornati con l'apparecchio rotto e contorto o addirittura sprovvisti di apparecchio, affermando che non potevano tollerarlo perchè esso era di impedimento più che di giovamento alla masticazione. Gli stessi risultati hanno ottenuti altri colleghi della zona di guerra, ad esempio il prof. Piperno, che ha fatto lo stesso esperimento.

E allora? Abbiamo finito per dover applicare l'art. 56, tenendo però conto, come sempre si è fatto e si fa dai medici periti, dello stato generale degli individui. Di guisa che abbiamo proposto per la riforma i deperiti, i deboli, gli anemici, che dalla nostra statistica risultano in numero del 30 %, ed abbiamo rinviato ai loro servizi gli altri, che, pur presentando la mancanza di un gran numero di denti, erano in ottime condizioni di nutrizione e di sanguificazione. E continuano il servizio in ottimo stato di salute.

Questi provvedimenti sono sempre stati presi nel 1° o nel 2° giorno di degenza ospitaliera e non un giorno più tardi.

Dunque non è esatto, come afferma il professor Angiolo Chiavaro, che « l'art. 56 è di fatto abolito alla nostra fronte »; che tali individui « passano la maggior parte del tempo negli ospedali con danno non lieve della economia dello Stato »; che « il deperimento e l'oligoemia non riconoscono altra causa all'infuori di una insufficiente ed impossibile masticazione ».

Tenuto conto dei risultati da noi e dai nostri colleghi ottenuti nelle prove fatte in zona di guerra su un numero abbastanza considerevole di individui, sarebbe ingenuo ritenere di poter utilizzare buona parte dei riformati per l'art. 56. Se ne potrebbe tutto al più impiegare utilmente un percento trascurabile nei servizi sedentarî, come si è fatto in Francia. Ma abbiamo noi interesse di aumentare il numero degli inabili alle fatiche di guerra? Sono gli

uomini idonei a queste fatiche che ci potranno servire e che noi troveremo con espedienti più sicuri e più pratici. Noi non abbiamo ancora chiamato sotto le armi, come ha fatto la Francia, la classe del '68, e non abbiamo ancora abbassato, come Essa ha fatto, il limite di statura ad 1.50. E d'altronde in Francia, dove il numero degli sdentati ascende a 250,000, cioè ad una cifra 15 volte superiore alla nostra, il rendimento non è stato notevole, essendosi potuti applicare apparecchi di protesi solo ad un quinto di essi fino al novembre 1916. E questi individui, già provvisti di apparecchi di protesi, sono ora in Francia un vero impedimento, perchè ritornano a popolare continuamente i luoghi di cura. E in Francia si torna ad applicare largamente, come io ho potuto di persona accertare in una visita fatta ai principali centri stomatoiatrici francesi, l'articolo che si riferisce alla perdita o all'alterazione dei denti, il quale figura nel nuovo regolamento sull'attitudine fisica al servizio militare.

3° *Convenienza o meno di abrogare l'articolo* 56. — Si è detto che sopprimendolo si farebbe opera altamente morale, perchè così cesserebbero le provocazioni di lesioni del sistema dentario, che danno, in virtù di tale articolo, diritto alla riforma. Ma ragionando in tal guisa bisognerebbe sopprimere tutti gli articoli dell'elenco, che contemplano infermità, le quali possono essere simulate o provocate. Ed a che scopo sopprimerlo se non possiamo utilmente applicare, ai fini del servizio, apparecchi di protesi agli sdentati? Nella stessa Francia l'articolo 101 della « Instruction sur l'aptitude physique au service militaire (15 dicembre 1915) » corrispondente al nostro articolo 56, non è stato abrogato ma semplicemente modificato. Il vecchio art. 101 diceva: « L'exemption et la réforme ne peuvent être prononcées que si la mastication est difficile et incomplète par suite de la perte ou de l'altération d'un grand nombre de dents et si, ce mauvais état de la denture s'accompagne de ramollissement, d'ulcérations et d'état fongueux des gencives ». L'attuale disposizione contenuta nel nuovo regolamento francese sull'attitudine fisica ai servizi militari stabilisce che « les altérations des dents ne peuvent provoquer la réforme que si la mastication est difficile et incomplète par suite de la perte ou de l'altération d'un grand nombre de dents, et si ce mauvais état de la denture ne peut être amélioré ».

Si è anche detto che in Inghilterra e negli Stati Uniti di America la mancanza dei denti, anche se di tutti i denti, non era considerata, ancora prima della guerra, come causa di riforma. Ma ciò non è esatto, perchè in Inghilterra l'arruolamento era prima della guerra volontario, e lo è ancora negli Stati Uniti di America.

Da tutto quello che abbiamo esposto, e indipendentemente da quanto si è fatto e si fa negli altri Stati, non vi è ragione che l'art. 56 sia da noi abrogato: vi sono anzi tutte le ragioni, anche quella morale, per mantenerlo.

Solo deve essere esattamente interpretato dai medici periti, i quali debbono essere guidati — nella valutazione di questo come di qualsiasi altro articolo dell'elenco — dalla propria cultura clinica speciale e generale e dalle « avvertenze » che allo elenco fanno seguito.

E dello stesso parere, come risulta dalle sue pubblicazioni, è il prof. Trombetta, maestro in Italia di medicina legale militare.

Per rendere l'art. 56 più chiaro ai meno esperti, si potrà tutto al più farvi qualche aggiunta, contemplando anche la piorrea alveolare e lo stato generale di nutrizione e di sanguificazione. Ma agli effetti pratici sono aggiunte di poco interesse, perchè la piorrea alveolare nei giovani è rarissima, e quando esiste è quasi sempre l'esponente, come anche nei meno giovani, di altre malattie generali, che per se stesse richiedono il provvedimento medico-legale. E così pure nessun perito, io ritengo, ha mai applicato l'art. 56, — almeno nella grandissima maggioranza dei casi — senza tener conto dello stato generale degli individui.

*
* *

La cura poi nell'Esercito di tutti quelli che presentano malattie di denti è argomento tutto affatto a parte. Come risulta da una mia pubblicazione « L'Odontoiatria nell'Esercito », édita nel 1908 dalla *Casa editrice italiana*, non è da poco che si è data grande importanza alla cura conservativa dei denti ai militari. E attualmente, presso l'Esercito mobilitato, la nostra organizzazione dei servizi odontoiatrici e stomatoiatrici non ha nulla da invidiare all'organizzazione degli altri paesi. E questa nostra organizzazione noi l'abbiamo sviluppata tacitamente, vincendo ogni ostacolo, con tutta la cooperazione dei colleghi, odontoiatri e stomatologi, che in zona di guerra si dedicano completamente a questo lavoro.

E nella zona territoriale si potrà ottenere ancora di più con gli stessi impianti ora esistenti, sviluppandoli maggiormente, aumentandovi il numero degli specialisti, che non mancheranno di dedicarsi interamente — come avviene in zona di guerra — al servizio sanitario militare.

MEDICINA SOCIALE.

La profilassi della sifilide con gli arseno-benzoli

per il prof. G. PICCARDI, Docente di Dermo-sifilopatia all'Università di Torino, Direttore nei Dispensari celtici municipali.

Che gli arseno-benzoli, specialmente se usati per via endovenosa, facciano scomparire con rapidità straodinaria le comuni manifestazioni della sifilide, che questi preparati riescano quasi costantemente dove fallirono i mercuriali, che abbiano un'azione curativa sorprendente nei casi più gravi di sifilide maligna, ove ogni risorsa terapeutica era rimasta senza risultato, sono cose ammesse generalmente e neppure negate dagli avversari sistematici di questi rimedi. I quali avversari, pur riconoscendone gli indiscutibili vantaggi, preoccupati dai pericoli e dagli inconvenienti cui questa cura può esporre e dalla presunzione che essa agisca temporaneamente sui sintomi della sifilide senza attaccare a fondo l'infezione, vorrebbero farne un rimedio di eccezione, limitato a certi casi speciali, conservando al mercurio il posto di rimedio corrente e fondamentale della sifilide.

Infatti dopo i primi entusiasmi eccessivi, per quanto giustificati, sul *salvarsan*, che sembrava dovesse effettivamente raggiungere l'ideale della *therapia sterilisans magna*, l'aver osservato che molti malati, ritenuti guariti dopo una o due iniezioni di arseno-benzolo, presentavano in seguito delle recidive produsse nei medici e nel pubblico un senso di delusione e di sfiducia in quel rimedio che dopo tante promesse non dimostrava che un'azione effimera; su per giù come l'avevano dimostrata gli altri preparati usati precedentemente.

Ed anche nei casi in cui queste recidive non avvenivano, sapendosi che la sifilide ha lunghi periodi di latenza spontanea, rimaneva però sempre da dimostrare se l'assenza di manifestazioni fosse effettivamente dovuta all'uso del salvarsan.

Perciò, facendo il bilancio fra i pericoli veri o supposti del nuovo rimedio ed i risultati soltanto temporanei e quasi palliativi, caduta anche la speranza di guarire con esso le forme inguaribili, quali le così dette parasifilidi, si pensò da una gran parte dei medici di attenersi ancora al vecchio mercurio, lasciando gli arseno-benzoli come mezzi di riserva, come *extrema ratio* nei casi disperati e nei casi d'intolleranza mercuriale.

Si aggiungeva a ciò che in una malattia essenzialmente cronica, che può dare le gravi affezioni del terziarismo dopo diecine d'anni di latenza, non era possibile formulare giudizi definitivi anche nei casi più fortunati in cui gl'infermi erano rimasti immuni da qualunque manifestazione, per qualche anno.

Non pretendiamo risolvere la questione della guaribilità assoluta della sifilide con gli arseno-benzoli, problema d'altronde rimasto ancora insoluto per rimedi che si esperimentano da quattro secoli; ci limitiamo solo ad accennare che l'azione più costante e più duratura degli arseno-benzoli usati convenientemente e sopratutto all'inizio dell'infezione lascia sperare in una maggiore probabilità di guarigione radicale, come d'altronde lo dimostrano inoppugnabili casi di reinfezioni, indubbiamente più frequenti dopo l'uso del *606*.

Del resto per chi ha la convinzione che solo il mercurio guarisca a fondo la sifilide, che solo esso prevenga il terziarismo, nulla impedisce che si usi la cura mista, essendo ormai generalmente riconosciuto che l'associazione dei due rimedi giova a renderli più efficaci entrambi, *quasi per una specie di sensibilizzazione reciproca nei tessuti provocata dall'una medicazione a favore dell'altra* (Verrotti).

Ma ciò che vogliamo porre in evidenza, basandoci sopratutto sulle numerose osservazioni personali e su un periodo di cinque anni di esperimento, si è l'importanza di questi nuovi preparati arsenicali sulla profilassi della sifilide.

Era naturale che questo valore profilattico indiretto fosse subito intravisto dopo i primi favorevoli risultati, sorprendenti sopratutto per la rapidità della scomparsa delle manifestazioni contagiose, per cui Ehrlich non esitava ad affermare che: « un rimedio il quale ci permetta di uccidere rapidamente la spirochete, anche senza essere un mezzo profilattico individuale diretto, rappresenta per la collettività il più potente profilattico, perchè abbreviando la durata dello stadio infettivo dell'ammalato, riduce la possibilità e la frequenza della trasmissione della malattia a persone sane ».

Il mezzo più sicuro di profilassi in tutte le malattie infettive consiste nella rapida distruzione dell'agente infettivo sia nell'organismo umano che all'esterno di esso. Ma se è relativamente facile nella maggioranza dei casi raggiungere e sopprimere i germi patogeni nell'ambiente esterno, maggiori difficoltà s'incontrano nella sterilizzazione dell'organismo umano, tanto che ben poche sono le malattie ove una terapia specifica, giovando all'individuo o per lo meno non arrecandogli danno, riesca a

sopprimere rapidamente il contagio. Perciò in esse si procede per lo più all'isolamento del malato durante il periodo in cui egli può trasmettere direttamente o indirettamente i germi infettivi.

Per la sifilide, in cui la possibiliità del contagio dura certamente tre o quattro anni e talora anche più, ciò sarebbe inattuabile.

Ma, per fortuna, in questa malattia possediamo rimedi specifici che hanno il potere di distruggere i germi o per lo meno di attenuarli in modo che non possano essere trasmessi dal malato alle persone sane.

Intanto per la sifilide la questione resta semplificata poichè non dobbiamo occuparci che della sterilizzazione dell'organismo umano, l'unico ambiente ove vive allo stato naturale la spirocheta pallida, non tenendo conto, perchè non è il caso, della trasmissione artificiale provocata negli animali.

Nell'ambiente esterno la spirochete pallida non ha vita propria, ma può solo resistere al massimo qualche ora su oggetti di uso comune quando vi sia depositata con secrezioni di lesioni sifilitiche.

Gastou e Comandon (1) trovarono delle spirochete vive sull'orlo di un bicchiere al quale aveva bevuto mezz'ora prima un sifilitico affetto da papule mucose alle labbra.

Ma le osservazioni di Landsteiner e Mucha (2) dimostrarono che la vitalità del treponema conservato *in vitro* è di brevissima durata.

Il che fu ancor meglio assodato dagli esperimenti di Hoffmann (3) il quale, inoculando alle scimmie i parassiti dopo quarantacinque ore di soggiorno fuori dell'organismo, non ottenne alcuna lesione sifilitica.

L'unica sorgente dell'infezione sifilitica è dunque l'uomo sifilitico, poichè solo in esso vive e si moltiplica la spirochete e da esso si propaga direttamente o indirettamente alle persone sane.

Perciò è evidente che la cura rapida delle manifestazioni contagiose, la quale, sia per la distruzione del parassita, sia per la riparazione dei tessuti, toglie ai germi la possibilità di trasportarsi in altri organismi, costituisce il mezzo più efficace di profilassi.

I rimedi che raggiungono più o meno interamente questo scopo sono: i preparati mercuriali e gli arseno-benzoli (4).

Ognuno sa come agiscono i preparati mercuriali sulle lesioni contagiose della sifilide: nella maggioranza dei casi ne favoriscono la scomparsa in un tempo più o meno breve, e, fino ad un certo punto, ne prevengono le recidive. Ma se con questa cura la gravità della malattia è attenuata, se le manifestazioni si presentano più leggere e più distanziate, lo svolgimento naturale dell'infezione raramente viene arrestato, sicchè è un fatto eccezionalmente raro che malati curati con preparati mercuriali anche dall'inizio dell'infezione non presentino in seguito qualcuna delle lesioni del periodo secondario.

Gli arseno-benzoli sotto questo punto di vista hanno una superiorità indiscutibile.

I fatti che dànno ragione di questa asserzione sono desunti da una statistica discretamente numerosa di sifilitici curati in massima parte allo studio privato, i quali si prestano meglio ad un'osservazione prolungata per parecchi anni, mentre quelli delle cliniche e degli ambulatorii raramente possono essere seguiti per un certo tempo e di solito non tornano al medico se non quando sono colpiti da nuove manifestazioni.

Su un totale di 586 malati, dei quali 405 della clientela privata e 181 dell'Ospedale militare, 202 sifilitici poterono essere tenuti in osservazione da un massimo di 6 anni ad un minimo di 6 mesi, ed è su questi che si basano le nostre osservazioni sul decorso ulteriore della sifilide curata con gli arseno-benzoli.

Le iniezioni endovenose (è solo a queste che bisogna attenersi per avere vantaggi massimi ed inconvenienti minimi), parte in soluzione diluita (in 50-100 cmc. di acqua dist.) parte in soluzione concentrata (2-5 cmc. secondo il metodo di Ravault), furono 1700 fino a tutto febbraio 1916, numero che ci sembra sufficiente per farci un'idea degli inconvenienti e dei pericoli cui possono esporre. I malati, tranne quelli dell'Ospedale militare, furono tutti curati ambulatoriamente, raccomandando loro digiuno e riposo per la mezza giornata dopo l'iniezione.

Attualmente pratichiamo iniezioni endovenose anche nei Dispensari celtici, poichè, per lodevole iniziativa dell'Ufficiale Sanitario Professor Abba, il Municipio ci fornisce largamente il novarseno-benzolo francese.

---

(1) GASTOU e COMANDON. Bulletin de la Soc. Franç. de Derm. et de Syphil., n. 8, nov. 1908.

(2) LANDSTEINER e MUCHA. Wien. Klin. Woch., 1906, n. 45; Wien. dermatologisch. Gesell., 23 gennaio 1907.

(3) HOFFMANN. Berliner Mediz. Gesell., 13 marzo 1907, in Berliner Klin. Woch., 1907, n. 12.

(4) Non parliamo dei preparati iodici perchè, come si sa, non hanno quasi nessun'azione sulle lesioni contagiose primarie e secondarie.

Furono usate indifferentemente le varie specie di arseno-benzoli: *salvarsan, neosalvarsan, salvarsan sodico, novarseno-benzolo*, e ci è sembrato che abbiano presso a poco la stessa efficacia. Attualmente ci atteniamo al *novarseno-benzolo* Billot sia per la facilità di averlo dal commercio, come anche per la sua grande solubilità e per la minore azione caustica sui tessuti, usato anche in soluzione concentrata.

Nella maggior parte dei malati fu praticata la cura mista con gli arseno-benzoli ed i mercuriali, ma molti furono curati esclusivamente con gli arseno-benzoli.

Come regola consigliamo di praticare tre iniezioni in principio, a distanza di una settimana l'una dall'altra, ed in seguito una iniezione ogni due o tre mesi, per lo spazio di due o tre anni.

Casi di sifilide curati con gli arseno-benzoli dall'agosto 1910 *alla fine di febbraio* 1916.

Nella clientela privata	N.	405
Nel'Ospedale militare	»	181
Totale . . .	N.	586

Numero delle iniezioni endovenose 1700.

Ammalati della clientela privata con manifestazioni esterne primarie, secondarie, terziarie o eredo-sifilitici tenuti in osservazione da un massimo di 6 *anni ad un minimo di* 6 *mesi.* N. 202.

LESIONI SIFILITICHE	Numero dei casi	Guariti senza recidive	Guariti con recidive
Sifilomi iniziali.	63	60	3
Manifestazioni secondarie incipienti	5	4	1
Manifestazioni secondarie avanzate	104	74	30
Manifestazioni ribelli al mercurio.	10	10	—
Manifestazioni terziarie. .	19	17	2
Sifilide ereditaria	1	1	—
Totale . . .	202	166	36

Non entriamo nei particolari della tecnica delle iniezioni endovenose, ormai noti a tutti; diciamo solo che le iniezioni concentrate rappresentano una grande semplificazione che mette questo mezzo di terapia alla portata di tutti i medici ed un grande progresso perchè, riducendo l'acqua a proporzioni minime, si elimina una gran parte degli inconvenienti dovuti appunto al così detto *difetto dell'acqua.*

Esponiamo senz'altro i vantaggi che, in base alle nostre osservazioni, gli arseno-benzoli presentano di fronte agli altri rimedi, specialmente dal lato della profilassi della sifilide.

Rapidità di azione. È un fatto ormai riconosiuto comunemente: gli arseno-benzoli hanno una rapidità di azione sorprendente su tutte le manifestazioni sifilitiche, ma l'hanno sopratutto sulle lesioni contagiose. Naturalmente il tempo occorrente alla guarigione è in rapporto con le alterazioni anatomiche dei tessuti. Così le forme profondamente ulcerate, le forme nodose impiegheranno a rimarginarsi ed a scomparire un tempo molto più lungo delle semplici papule erosive, ove le alterazioni dei tessuti sono minime e superficiali, mentre d'altronde sono contagiosissime per la grande quantità di spirochete che contengono.

Con una iniezione endovenosa di arseno-benzolo un sifiloma papuloso, eroso in superficie, non eccessivamente indurito, può impiegare in media una settimana a scomparire completamente; una papula mucosa erosiva scompare in tre o quattro giorni, talora anche più rapidamente, perfino in 24 ore. Ho visto papule ipertrofiche della vulva essiccarsi ed appianarsi completamente in meno di una settimana.

Ma di solito già dopo 12 o 24 ore la superficie dell'ulcera sifilitica si deterge, diventa rossa essudante; poi impallidisce gradatamente ed in pochi giorni si ricopre di epidermide. Nei sifilomi nodosi l'indurimento persiste per qualche settimana, ma la rapida cicatrizzazione rende anche queste lesioni inoffensive dal lato del contagio.

Si noti poi il fatto, della massima importanza riguardo alla profilassi, che di regola le spirochete scompaiono dal sifiloma e dalle papule mucose dopo poche ore dall'iniezione (Hata, Truffi, Levaditi, Tovart, Usuelli, Hemery), e nel coniglio, già dopo 12 ore dall'iniezione (come dimostrarono sperimentalmente Levaditi e Tovart), la inoculazione di frammenti non trasmette più la malattia ad altro coniglio, anche se si osservarono al paraboloide spirochete mobili. I casi di Fraenkel e Gröuven in cui si trovarono spirochete ancora mobili dopo due mesi dall'iniezione sono assolutamente eccezionali. Ed anche il fatto di aver riscontrato delle spirochete dopo qualche mese nelle cicatrici di sifilomi (Fischl), se spiega come e perchè possano avvenire delle recidive, ha una importanza relativa riguardo al contagio, il

quale avviene dalle lesioni aperte ed umide e non dalle forme secche o cicatrizzate.

Per quanto le manifestazioni terziarie esterne, anche ulcerate, abbiano minor importanza per la trasmissione della sifilide, si sa ormai che anch'esse contengono spirochete, sia pure in numero scarso, e con frammenti di queste lesioni si riuscì a trasmettere la malattia ai conigli. Orbene anche in queste ulcerazioni che, sia pur raramente, possono trasmettere la sifilide, gli arseno-benzoli agiscono con grande rapidità modificandole dapprima in piaghe comuni ed ottenendone la cicatrizzazione in un tempo più breve che i preparati mercuriali. Ed è appunto il risultato sorprendente ottenuto in queste ulcerazioni gommose che ha destato fin da principio l'entusiasmo per gli arseno-benzoli. Per mio conto ho osservato parecchi casi di gomme ulcerate delle gambe datanti da qualche mese, talvolta anche molto estese e profonde, cicatrizzare in una quindicina di giorni.

Costanza di azione. — Sempre tenendoci nel campo delle manifestazioni contagiose, l'azione degli arseno-benzoli è più costante dei mercuriali. Fra i numerosi sifilitici curati con questi rimedi non abbiamo mai visto un sifiloma od una papula mucosa resistere ad una o due iniezioni endovenose di arseno-benzolo. Certamente anche col mercurio si ottiene per lo più la guarigione di tali lesioni; ma le eccezioni alla regola sono numerose. Nei fumatori, ad esempio, succede frequentemente che le placche erosive delle labbra, della lingua o del faringe si dimostrino ribelli alle più energiche cure mercuriali; anzi talvolta la cura non fa altro che aggravarle dando luogo ad una forma di angina ulcerosa ove non si saprebbe dire se la causa principale consista più nell'infezione sifilitica o nell'intossicazione mercuriale.

Ed in questi casi, quando anche si riesce a guarire le placche orali, esse ritornano a breve scadenza con insistenza esasperante.

Orbene questo non succede mai con le cure di arseno-benzolo. Infallantemente e rapidamente queste manifestazioni, che sono le più infettanti per la grande quantità di spirochete che contengono e per la facilità con cui trasmettono il contagio, si epitelizzano e scompaiono con qualche iniezione endovenosa, anche se persistono quelle cause d'irritazione locale (fumare, masticare tabacco) cui abbiamo accennato. Potremmo citare a diecine gli esempi di questo genere: malati curati con iniezioni di sublimato, di salicilato di mercurio, di calomelano, non riescono a liberarsi da queste moleste e contagiosissime manifestazioni; fanno una sola iniezione endovenosa di arseno-benzolo e ne guariscono in pochi giorni, talora perfino in 24 ore, quando si tratti di placche erosive superficiali.

Accennerò a questo riguardo che una volta, data la frequente insuffïcenza della cura mercuriale, si ricorreva alla causticazione locale con nitrato acido di mercurio, nitrato d'argento, sublimato corrosivo concentrato. Da che usiamo gli arseno-benzoli abbiamo completamente bandito queste causticazioni più o meno moleste e dolorose, perchè sono diventate assolutamente inutili.

Durata dell'azione degli arseno-benzoli. — Oltre che più rapida e più costante, l'azione di questi preparati arsenicali è più duratura. Diremo più innanzi della possibilità di una sterilizzazione dell'organismo umano quando la cura sia iniziata precocemente; ora vogliamo ricordare che anche nella sifilide avanzata, datante da qualche mese, se avvengono recidive di manifestazioni contagiose, esse rarissimamente compaiono prima di tre o quattro mesi dall'ultima cura. Dalle mie statistiche risulta che su 36 casi di recidive avvenute in malati in periodo primario, secondario o terziario solo due volte lesioni contagiose comparvero prima dei tre mesi. E si noti che entrambi questi malati non avevano fatto che una sola iniezione endovenosa.

È perciò evidente che se tutti i malati dopo la prima cura fossero sottoposti successivamente ad una iniezione endovenosa ogni due o tre mesi, nella maggioranza dei casi le recidive potrebbero prevenirsi e si eviterebbero le manifestazioni contagiose del periodo secondario che per la loro frequenza e per la loro facilità di ripetersi sono quelle che maggiormente contribuiscono alla diffusione della sifilide.

Nei malati curati con gli arseno-benzoli le recidive sono più rare. — Indipendentemente dalla possibilità della cura abortiva della sifilide, o per lo meno della soppressione delle manifestazioni secondarie nei malati curati precocemente, prendendo in blocco tutti i malati con manifestazioni esterne primarie, secondarie o terziarie curati con gli arseno-benzoli, ci risulta che le recidive di eruzioni cutanee o mucose sono notevolmente più rare che in quelli curati col mercurio. Senza tener conto di un gran numero di malati che dopo le prime cure non si son più fatti vedere, per la maggior parte dei quali è logico tuttavia ammettere che non abbiano più avuto manifestazioni, ci limiteremo a prendere in esame quelli tenuti costantemente in osservazione con visite frequenti per un periodo che varia da sei mesi a sei anni.

Comprendendo fra le forme contagiose anche le manifestazioni esterne terziarie, abbiamo potuto seguire 202 malati così ripartiti: *sifilide primaria* 63, *sifilide secondaria* 119, *sifilide terziaria* 19, *sifilide ereditaria* 1. Orbene, solo in 36 malati abbiamo osservato recidive di sifilodermi o di papule mucose, mentre gli altri non presentarono alcuna manifestazione.

È possibile che qualcuno di quelli in osservazione da un tempo relativamente breve abbia in avvenire qualche recidiva, specialmente se non ripeterà le cure specifiche, ma tuttavia la proporzione non potrà essere gran che modificata. Se si considera che di questi malati ben 119 erano in pieno periodo secondario, cioè statistiche: nei malati in periodo secondario avanzato, curati ripetutamente col mercurio, che ad onta di ciò presentano manifestazioni contagiose ribelli o frequentemente recidivanti, quando interviene la cura con l'arseno-benzolo, non solo queste affezioni scompaiono con rapidità meravigliosa, ma quasi costantemente non si hanno più recidive, pur persistendo quelle cause d'irritazione locale (tabacco) o generale (alcool) che sono solite trattenere e provocare tali lesioni. Su 10 malati che si trovavano in tali condizioni, tenuti in osservazione per un lungo periodo di tempo (3-4 anni) ed esaminati ripetutamente, nessuno ebbe recidive di manifestazioni contagiose.

RECIDIVE IN RAPPORTO ALLE CURE FATTE.

LESIONI SIFILITICHE nei diversi stadi	Numero complessivo dei casi	Malati guariti senza recidive						Malati guariti con recidive				
		Cura mista	Con solo arseno-benzolo				Totale senza recidive	Cura mista	Con solo arseno-benzolo			Totale con recidive
			1 iniez.	2 iniez.	3 iniez.	più di 3 iniez.			1 iniez.	2 iniez.	3 iniez.	
Sifilomi iniziali	63	28	—	2	10	20	60	1	1	1	—	3
Manifest. second. incip. .	5	2	—	—	—	2	4	—	—	1	—	1
Manifest. second. avanz. .	104	50	1	3	8	12	74	20	6	3	1	30
Manifest. rib. al mercurio.	10	5	—	2	2	1	10	—	—	—	—	—
Manifest. terziarie . . .	19	7	2	4	3	1	17	2	—	—	—	2
Sifilide ereditaria. . . .	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
Totale . . .	202	92	3	11	23	37	166	23	7	5	1	36

nel periodo più ricco di eruzioni cutanee e mucose, che si succedono a varie riprese, anche quando intervengano le più energiche cure mercuriali, la percentuale di poco più del 15 % appare veramente esigua in confronto all'andamento solito della sifilide.

Ma un esame più accurato dei casi in cui avvennero recidive ci permette di stabilire una legge che non subisce che rare eccezioni: *la frequenza delle recidive nei sifilitici in periodo primario e secondario curati con gli arsenobenzoli è in rapporto con lo stadio più o meno avanzato dell'infezione.*

Infatti su 63 sifilomi iniziali abbiamo avuto tre sole recidive; su 5 malati all'inizio del periodo secondario una recidiva; su 114 malati in periodo secondario avanzato si ebbero 31 recidive. La percentuale delle recidive diminuisce invece nel periodo terziario (2 su 19 casi), analogamente a quanto si osserva con la cura mercuriale.

Un altro fatto importante risulta dalle nostre

Dalla tabella statistica n. 2 si può rilevare che le recidive sono più rare quanto più numerose sono le iniezioni, sopratutto se vengono ripetute ad intervalli di due o tre mesi, almeno per due anni.

Nessun vantaggio invece si ebbe nel prevenire le manifestazioni contagiose dall'associazione della cura mercuriale, la quale se può essere impiegata per prudenza allo scopo di evitare le lesioni sifilitiche tardive, giacchè non conosciamo ancora gli effetti definitivi degli arsenobenzoli, non è necessaria nè per far scomparire le lesioni contagiose nè per prevenirle.

Infatti, prendendo in considerazione solo i malati in periodo secondario avanzato, ove più frequenti sono le recidive, vediamo che su 70 curati con gli arseno-benzoli ed il mercurio si ebbero ben 20 recidive, cioè approssimativamente il 30 %, mentre su 21 malati curati con 3 o più iniezioni endovenose non si ebbe che un caso di recidiva, corrispondente al 5 %.

Possibilità di far abortire la sifilide. — Ma

il fatto più importante che risulta dalle mie statistiche è la costanza quasi assoluta con cui si viene a sopprimere il periodo secondario, così ricco di manifestazioni contagiose, quando la cura con le iniezioni endovenose di arseno-benzolo interviene nel periodo del sifiloma iniziale. Sia che questo dati da pochi giorni o da oltre un mese, vi sia o non adenopatia inguinale, qualunque sia il tipo del sifiloma, il risultato è costante: su 63 casi di sifiloma iniziale, solo 3 malati ebbero recidive.

Ma anche queste eccezioni non contraddicono la possibilità della sterilizzazione poichè avvennero in condizioni speciali che facilmente spiegano l'insuccesso. In un caso si trattava di sifilomi multipli nodosi, profondamente infiltrati, datanti da circa quaranta giorni. Si era già quindi verso la fine della seconda incubazione, tanto è vero che l'iniezione endovenosa di arseno-benzolo affrettò la comparsa di una tipica roseola. All'insuccesso contribuì anche il carattere dei sifilomi; infatti si sa che in queste forme nodulari profonde le lesioni vascolari (endoarterite obliterante) costituiscono un ostacolo a che il rimedio iniettato nel sangue raggiunga tutti i focolai di spirochete.

In un secondo malato, anch'esso affetto da sifilomi nodulari, non fu fatta che una sola iniezione endovenosa; nel terzo non si può escludere una reinfezione poichè continuò dopo la cura ad avere rapporti con la moglie affetta da papule mucose alla vulva.

Ma questa soppressione quasi costante di tutto il corteo delle manifestazioni secondarie non solo si ottenne iniziando la cura durante il periodo primario, ma anche quando era già comparso qualche sintomo del periodo secondario (roseola incipiente). Su cinque malati curati all'inizio del periodo secondario uno solo ebbe recidive.

Questi risultati coincidono con quelli ottenuti da Audry, il quale su 35 malati trattati con gli arseno-benzoli (soltanto con 1, 2 o al massimo 3 iniezioni in principio) nel periodo del sifiloma iniziale e tenuti in osservazione da 6 mesi a 2 anni, solo in 6 malati si ebbero accidenti secondari ed in uno si ebbe una tipica reinfezione, sicchè l'A. riconosce che i risultati prossimi ottenuti con questo metodo sono infinitamente superiori a quelli che si osservavano anteriormente (1).

Ma si domanderà: questi malati sono veramente guariti dall'infezione sifilitica? Purtroppo ancora non possediamo prove assolute per dimostrare la guarigione della sifilide. Ma se si considera che nello sviluppo naturale della malattia, quasi mai manca qualcuna delle manifestazioni secondarie, che anche nei casi curati precocemente col mercurio queste vengono attenuate, ritardate, distanziate le une dalle altre, ma di raro completamente soppresse, dobbiamo riconoscere a questi rimedi un'azione curativa certamente superiore a quella degli antichi metodi.

Si noti che nella maggior parte di questi casi la R. W., ripetuta parecchie volte, diede risultato costantemente negativo.

Ora, senza voler attribuire a ciò valore assoluto, il riscontrare negativa questa reazione nel periodo in cui è più frequentemente positiva deve essere tenuto come un indice di probabilità di guarigione.

Ma un altro fatto ha ancora maggior valore: su questi 63 malati curati con gli arseno-benzoli nel periodo primario potei constatare ben 4 casi di reinfezione, dei quali uno probabile e 3 indiscutibili.

Questa frequenza di reinfezioni dopo l'introduzione della terapia arseno-benzolica, già rilevata da parecchi autori, se non è ancora la prova certa della guarigione della sifilide, dimostra per lo meno una più energica azione di questa cura in confronto agli antichi rimedi, poichè non solo riesce a guarire ed a prevenire le manifestazioni, ma spesso anche a distruggere l'immunità alle nuove infezioni che di regola suol conferire la sifilide a chi ne è affetto.

Per mio conto devo notare che mentre prima in venti anni di esercizio professionale non riscontrai mai un caso certo di reinfezione sifilitica, negli ultimi cinque anni da che uso questi rimedi ne ho osservate quattro.

Non è il caso qui di fermarsi a discutere le obbiezioni sollevate a combattere queste reinfezioni. Si è parlato di manifestazioni secondarie isolate, di sifiloma recidivante (*chancre redux*), di sifiloma terziario a tipo iniziale (*syphilome chancriforme*), di superinfezione, ecc. Basti dire che nei miei casi tutte queste ipotesi possono essere scartate per l'aspetto caratteristico delle nuove lesioni iniziali, per la coincidenza con un rapporto infetto, per il decorso dell'infezione, che, lasciata in qualche caso appositamente senza cura, ha dato luogo a manifestazioni secondarie, ed infine per la R. W. che, negativa in principio, diveniva positiva successivamente.

Rimane a vedere se, oltre ai vantaggi curativi e preventivi sulle manifestazioni recenti,

(1) AUDRY. *Résultats rapprochés du traitement de la Syphilis par arsénobenzol et Hg.* (Annales de Dermat. et de Syph., Tome IV, n. 3, mars 1913).

gli arseno-benzoli hanno azione preventiva sul terziarismo, almeno pari a quella dei preparati mercuriali.

Ripetiamo che su questo punto non può dirsi l'ultima parola essendosi osservate manifestazioni terziarie fino oltre 60 anni dall'infezione. Ma qualche cosa di approssimativo possiamo già dire anche a proposito del terziarismo. Sappiamo che esso comincia talora precocemente, perfino dal primo anno dell'infezione, che talora segue quasi insensibilmente al periodo secondario, che talora lesioni a tipo terziario si mescolano a lesioni risolutive del secondario, ma sappiamo sopratutto che la percentuale massima del terziario avviene nei primi cinque anni e precisamente con maggior frequenza nel terzo anno, che secondo Fournier è l'anno *culminante* del terziarismo, l'anno *terribile* per i malati.

Infatti nella statistica di Fournier sulla distribuzione del terziarismo, in confronto all'epoca dell'infezione notiamo che su 4400 casi di affezioni terziarie ben 1857 avvengono nei primi cinque anni, con la cifra massima di 471 nel 3° anno.

Orbene, non solo noi abbiamo sorpassato questo anno terribile per il terziarismo, ma abbiamo superato anche il periodo della maggior frequenza poichè le nostre prime osservazioni risalgono a più di cinque anni. E l'abbiamo superato più che felicemente poichè *non in uno* dei malati ben curati, sia con i soli arseno-benzoli che con la cura mista, abbiamo osservato manifestazioni a tipo terziario.

Mantenendo adunque qualche riserva per le manifestazioni più tardive del terziarismo, dobbiamo riconoscere che gli arseno-benzoli non hanno solo azione temporanea sulle manifestazioni recenti della sifilide, ma curano a fondo l'infezione e prevengono le affezioni terziarie, almeno nel periodo in cui esse sono più frequenti.

D'altronde non comprendiamo perchè, se l'azione preventiva contro il terziarismo la riconosciamo al mercurio, che spesso non guarisce le manifestazioni in atto, che raramente sopprime il periodo secondario, anche somministrato precocemente ed abbondantemente, non dobbiamo riconoscerla agli arseno-benzoli che si dimostrano tanto più attivi su tutte le affezioni sifilitiche in genere e specialmente sulle più gravi e più ribelli agli altri rimedi.

Attendendo che il tempo confermi le logiche previsioni di una guarigione definitiva nei sifilitici curati *sufficientemente* coi preparati di Ehrlich, tenendo conto dei vantaggi che ne ha il malato e sopratutto di quelli che ne ritrae la collettività, riteniamo che questa cura (salvo qualche caso di controindicazione per le condizioni generali del malato) debba essere sempre intrapresa nei casi di lesioni sifilitiche contagiose.

Profilassi della sifilide ereditaria. — Ma la rapida scomparsa delle manifestazioni umide e la prevenzione delle recidive che si ottiene nei sifilitici con gli arseno-benzoli non solo evita o riduce il contagio e quindi impedisce la diffusione della sifilide acquisita, ma è anche un mezzo importantissimo di profilassi della sifilide ereditaria.

Oggi si dubita fortemente della possibilità della trasmissione diretta della sifilide dal padre al figlio, sana restando la madre, sopratutto in base alla R. W. positiva delle madri di bambini sifilitici, che per assenza di manifestazioni cliniche erano ritenute immuni dall'infezione. In base alle ricerche ematologiche ed a molteplici osservazioni cliniche Bering (1), Thomsen e Boas (2), Bobrié (3) e Carle (4) hanno scosso profondamente il concetto della sifilide ereditaria di origine esclusivamente paterna — almeno per ciò che riguarda la trasmissione della spirochete, se non per l'eredità distrofica — e conseguentemente le leggi di Colles e di Profeta hanno già quasi perduto ogni valore. Carle, che ha dedicato a quest'argomento parecchi lavori, non esita ad affermare che: «La madre d'un bambino sifilitico è sempre sifilitica e che l'immunità ammessa dalla legge di Colles non ha più ragione di essere».

Anch'io ebbi ad osservare fra gli altri un caso tipico che mi persuase della necessità dell'infezione della madre perchè avvenga la trasmissione della sifilide per via ereditaria al prodotto del concepimento. Una giovane sposa convive ed ha rapporti ripetuti col marito affetto da sifilide in piena eruzione, con placche mucose molteplici orali e genitali. La donna, per una fortunata combinazione sfuggita al contagio, rimane incinta e porta a termine una bambina tuttora vivente (sono passati

---

(1) BERING. *Origine della sifilide congenita* (in Jarbuch de Iadassohn, 1912).

(2) THOMSEN. e BOAS. *La reazione di Wassermann nella sifilide congenita.* (Arch. für Derm. und Syph., 1912, p. 91).

(3) BOBRIÉ. Thèse de Paris, 1912.

(4) CARLE. *Quarta ed ultima nota sulla eredosifilide, sue leggi e loro interpretazione.* (Annales de Derm. et de Syph., n. 8 e 9, agosto-settembre 1913).

quattro anni) e perfettamente sana. Madre e figlia hanno la R. W. negativa.

Si comprende adunque come la cura con gli arseno-benzoli, eliminando nel più breve tempo il pericolo di contagio del marito alla moglie, eviti anche la trasmissione della sifilide al feto.

Pericoli e danni degli arseno-benzoli. — Ma se gli arseno-benzoli non sono ancora entrati nella terapia corrente della sifilide non è tanto perchè ad essi vengano disconosciute le loro proprietà terapeutiche, quanto per la pretesa loro tossicità e per i danni prossimi e lontani di cui questi preparati sono generalmente resi responsabili.

Non possiamo qui entrare nella *vexata quaestio* e discutere se i casi di morte avvenuti per il salvarsan e le così dette *neuro-recidive* si debbano effettivamente alla tossicità del rimedio o non piuttosto ad altre cause più o meno indipendenti da questo. Ci limiteremo a constatare che su oltre 600 malati curati e circa 2000 iniezioni fatte non abbiamo mai avuto nè un caso di morte, nè una grave intossicazione, e che le neuro-recidive furono rarissime, quattro soli casi, indiscutibilmente dovute a recidive di sifilide perchè comparvero in malati che erano in periodo secondario avanzato, mentre mai osservammo simili inconvenienti nei malati in periodo primario o secondario incipiente, e perchè guarirono rapidamente con cure specifiche successive.

D'altronde, se dai 200 o poco più casi di morte pubblicati finora si eliminano quelli in cui la cura fu praticata *in extremis*, i casi di malati con gravissime lesioni organiche (paralisi generale, alterazioni cardiache, epatiche, renali) nei quali la morte è intervenuta per causa delle lesioni stesse, i casi di morte dovuti a malattie intercorrenti, quelli attribuibili ad errori di tecnica, gli esiti funesti dipendenti esclusivamente all'azione tossica del rimedio si riducono ad una proporzione minima. Ed anche questi, a mio modo di vedere, si devono ad un errore fondamentale che fu quello del concetto della *therapia sterilisans magna*.

Il volere ottenere la sterilizzazione della sifilide con una sola o con poche iniezioni portò ad usare in principio dosi molto elevate che talvolta, o per insufficienza funzionale degli organi destinati all'eliminazione del rimedio o per una speciale idiosincrasia, diedero luogo ad intossicazioni anche mortali.

Così avvenne specialmente per il neo-salvarsan di cui Schreiber stabilì la dose da gr. 0,90 a 1,50, sicchè, pur essendo di applicazione più facile ed effettivamente meno tossico, ebbe pur esso le sue vittime.

Ma dobbiamo constatare che, passato il periodo di esperimento, col miglioramento dei preparati (neo-salvarsan e novarseno-benzolo) con la più scrupolosa distillazione e sterilizzazione dell'acqua, con il perfezionamento e la semplificazione della tecnica (iniezioni concentrate), con la riduzione delle dosi (non superiori a gr. 0,45 per la prima e a gr. 0,60 per le successive di neo-salvarsan e novarseno-benzolo), i casi di morte vanno diventando sempre più rari ed anche le neurorecidive, che per consenso quasi unanime sono effettivamente recidive di sifilide curata insufficientemente, nei malati sottoposti a cura cronico-intermittente raramente si osservano.

Ma il concetto fondamentale della *therapia sterilisans magna* oltre che esser la causa di molti casi di intossicazione e di morte per le dosi eccessive somministrate, fu anche causa degli insuccessi osservati da molti autori e del discredito in cui cadde, almeno in parte, il rimedio, dopo i primi entusiasmi.

Se la grande sterilizzazione può raggiungersi con poche iniezioni in qualche caso (nel periodo del sifiloma iniziale), nella maggioranza dei malati la cura deve essere continuata presso a poco come con i preparati mercuriali per un periodo di almeno due o tre anni, sia con i soli arseno-benzoli, sia con la cura mista. Dunque, non *sterilisatio magna*, ma *sterilizzazione frazionata*, ottenuta con la cura cronico-intermittente preconizzata da Fournier per il trattamento mercuriale e iodico.

Concludendo, noi invitiamo i colleghi ancora dubbiosi e timorosi ad usare largamente questo metodo senza prevenzione e senza paura. La tecnica delle iniezioni endovenose concentrate è ormai alla portata di tutti, non richiede che un po' di pratica; gli inconvenienti possono essere in massima parte evitati. La cura è bene accolta dal malato perchè è indolora, perchè non lo obbliga a recarsi ripetutamente per mesi e per anni dal medico, perchè, col rapido miglioramento della malattia e con la scomparsa delle manifestazioni, ne rialza il morale e gli dà la fiducia nella guarigione. Ma più che per i vantaggi individuali, gli arseno-benzoli devono diventare il rimedio corrente della sifilide contagiosa perchè, per la loro azione profilattica indiretta, costituiscono il miglior mezzo di difesa sociale contro questa infezione che è già oggi tanto diffusa e lo sarà maggiormente dopo la guerra.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società italiana di Chirurgia.

(Seduta pomeridiana del 3 marzo).

Discussione sulla cura delle ferite di guerra.

ISNARDI. — Si dichiara astensionista. Crede che si parli troppo di microbi e si trascuri troppo il terreno. La tolleranza dei tessuti è grandissima, superiore alle previsioni.

L'intervento profilattico, secondo l'O., non distingue la tumefazione di natura flogistica dalla tumefazione reattiva sanatrice, spesso più grande di quella, e peggiora le condizioni del ferito come farebbe un raschiamento incompleto in un osso o in un utero infetto; crea, per l'emostasi mal fatta, un terreno favorevole alla suppurazione, e, per i fatti noti di simbiosi, favorisce lo sviluppo del tetano. Fortunatamente abbiamo il siero antitetanico, che ha dato prove oramai inoppugnabili.

Chi interviene nelle fratture asporta scheggie e ne uccide altre. Chi troppo attivamente interviene nelle artriti suppurate si prepara a mutilare. Coll'astensionismo, coll'aspettativa prudente, con tagli economici su ascessi dichiarati e localizzati l'O. curò 82 fratture delle ossa lunghe, praticando una sola amputazione e salvando 81 feriti; sopra 75 artriti ebbe 3 morti e 3 amputati soltanto.

PEREZ. — Condivide l'opportunità di sbrigliare in primo tempo, specialmente le ferite da proiettili di artiglieria. Osserva però che non si può non riconoscere che parecchie ferite, specialmente da proiettile di fucile, trapassanti, possono perfettamente guarire senza sbrigliamento.

Non esclude che la sutura in primo tempo di specialissime ferite, previa escissione dei tessuti lesi, possa, se eseguita da chirurgi abili, dare buoni risultati; non crede però consigliabile simile procedimento, perchè, se venisse generalizzato, senza il dovuto discernimento e tecnica, potrebbe dar luogo a danni gravissimi.

Per la cura delle complicazioni settiche delle ferite raccomanda l'ampio sbrigliamento, medicature all'ipoclorito di calcio (che ritiene preferibile ad altri ipoclariti) e l'applicazione del caldo umido.

COLLICA. — A proposito della sutura precoce delle ferite di guerra sostenuta dal Donati, l'O. crede ch'essa possa farsi soltanto nelle ferite superficiali: non avrebbe animo di praticarla in una ferita profonda, anzitutto per la difficoltà di asportare tutti i corpi estranei e tutti i tessuti mortificati, e in secondo luogo perchè nel primo periodo (10-12-14 ore) troppo arduo è il riconoscimento di tali tessuti mortificati e per conseguenza si dovrebbe andare troppo al di là dei limiti apparenti, con evidente quasi sicuro danno per l'organismo.

BASTIANELLI. — Secondo l'O. i feriti debbono essere distinti in categorie, ma non già col solo criterio del tempo, che è certamente importantissimo, ma pur con criterii clinici. Una prima categoria è quella dei feriti che si ricevono senza segni d'infezione: però in essi l'infezione è sempre più o meno in potenza. Una seconda categoria è quella dei feriti con infezioni in atto o acute; una terza quella dei feriti con infezioni croniche.

Limitandosi alla prima categoria l'O. premette che i criterii che esporrà non pretendono di essere ritenuti come assoluti: esistono individui e ferite, quindi eccezioni.

Messe a parte le ferite puntiformi, a tragitto netto, per molte altre, e specialmente per quelle da scheggie di granata, ecc., si applica un primo principio, quello già universalmente riconosciuto in chirurgia di pace, che le infezioni chirurgiche si prevengono molto spesso, si curano molto difficilmente. La prevenzione è dunque un'asepsi.

L'asepsi fisica e chimica impedisce che l'infezione penetri in una ferita operatoria. Nelle ferite di guerra è l'asepsi meccanica quella che impedisce lo sviluppo dell'infezione già importata nell'interno della ferita. Perciò è necessario che alla medicatura provvisoria segua il più presto una medicatura definitiva, in circostanze di luogo e di tempo adatte, e questa è questione di organizzazione e di specializzazione. Il prof. Alessandri e l'O. hanno redatto a questo fine una breve nota che è stata testè pubblicata sul *Policlinico,* sez. pratica (fasc. 13).

L'asepsi meccanica non è soltanto uno sbrigliamento: è una preparazione della ferita, che consiste nell'escissione dei fori d'ingresso e di egresso, nell'apertura di tutto il percorso del proiettile, per quanto l'anatomia lo permette, nella rimozione di coaguli, proiettili, scheggie, brandelli di stoffa, ecc.; nell'escissione metodica di tutta la parete di questo percorso e specialmente dei tessuti contusi, devitalizzati, ecchimotici, fino a raggiungere tessuti freschi, sani. Perciò si devono osservare le regole note della chirurgia asettica per non trasportare germi, e unirvi le regole della antisepsi chimica, da effettuarsi col liquido Giannettasio o Dakin, usati durante tutto il tempo della preparazione. Se è vero che i germi sono ancora in superficie, si può, coll'escissione dei tessuti da una parte e coll'azione del liquido dall'altra, fare l'opera più completa per impedirne la diffusione.

La ferita così preparata potrà contenere germi più o meno, ma il chirurgo l'ha posta nelle migliori condizioni perchè i poteri difensivi dell'organismo si oppongano all'ulteriore invasione: ha compiuto per le ferite di guerra quello che compie per le ferite operatorie, cioè limita al massimo la presenza dei germi e lascia il resto del compito alla natura. Ma come tale compito si compie nel miglior modo se la ferita è chiusa, così viene di naturale conseguenza che queste ferite possono essere chiuse parzialmente e totalmente *per primam.* Se il chirurgo ha la possibilità di sorvegliare l'andamento delle ferite ed ha acquistato fiducia in quest'opera preventiva, verrà a poco a poco alla conclusione che, salvo ferite anfrattuose, ferite con

perdita di sostanza, ferite con lesioni ossee gravi, che devono essere tamponate in ogni recesso molto diligentemente, molte altre possono essere riunite per prima e anche senza drenaggio.

Quanto se ne avvantaggino i risultati definitivi e sopratutto quante complicazioni si possano prevenire lo dimostrano le ferite articolari e quelle craniche, molte toraciche e anche, dentro certi limiti, alcune ferite con lesioni ossee.

Ma sorge l'obbiezione che, adottando questo principio, ciecamente, ci esponiamo a qualche insuccesso per ragioni che il chirurgo non può valutare. Non sarebbe meglio adottare l'altro principio, quello del Carrel, del Wright, cioè sterilizzare prima le ferite e riunirle quando si è certi che sono amicrobiche? Il metodo del Carrel non è stato dall'O. potuto mettere in pratica, perchè occorre la persuasione e la istruzione nel personale di assistenza, come sa chi ha visto l'ospedale di Compiègne e quello di La Panne.

Si trovano dunque di fronte due principii: 1° asepsi meccanica e antisepsi chimica, più chiusura immediata; 2° sterilizzazione primaria e riunione secondaria. È chiaro che questo offre teoricamente maggiori guarentigie, ma anche l'altro nella pratica si è dimostrato all'O. degno di fiducia, ed all'O. pare che, mentre quello dovrebbe essere usato generalmente nelle ferite complesse e degli arti, questo ha un valore pratico per le ferite articolari, craniche e toraciche, perchè semplifica la cura e la pone subito nella via definitiva.

Per ultimo l'O. dice che fino ad ora abbiamo proceduto in questo campo o per riflesso di idee altrui o empiricamente. È tempo che ci dedichiamo a studii scientifici di queste questioni, e perciò è indispensabile il concorso di uomini adatti, in laboratori al fronte, in connessione con i chirurgi, e così nelle retrovie. In questo modo potranno studiarsi importantissimi problemi microbiologici, biopatologici e chimici relativi alle infezioni primarie e secondarie, alla loro cura, e alle condizioni microbiche delle ferite antiche e delle cicatrici, per ovviare a disastri che spesso accadono in operazioni su antiche ferite.

MARAGLIANO DARIO. — A proposito dell'asepsi o dell'antisepsi nella cura delle ferite afferma di non avere esperienza personale circa il trattamento delle ferite nelle prime ore del trauma: può darsi che allora l'antisepsi abbia valore: certamente però ha veduto casi da altri precedentemente trattati nei quali il metodo antisettico era fallito nel senso che la suppurazione non era stata prevenuta. Per le ferite poi che arrivano infette si dichiara favorevole al trattamento asettico. Quanto alla sutura precoce delle ferite di guerra ammette che ai pochi eletti i quali si trovano in condizioni assolutamente favorevoli sia concesso praticarla: fa però piene riserve circa la generalizzazione del metodo. Infine, per quanto riguarda la cancrena gassosa, crede che non si possano stabilire principii generali di trattamento, poichè questo varierà da caso a caso: però crede che per l'arto inferiore si possa stabilire il principio che se la cancrena è nella gamba, dobbiamo cercare di essere conservatori; se è nella coscia dobbiano, al primo accenno di pericolo, amputare.

BATTAGLIA. — Appoggia le idee del Magrassi sulla elioterapia nelle ferite di guerra così per applicazioni locali come per applicazioni generali. Specialmente loda questo mezzo terapeutico nelle scottature, nelle quali dà risultati veramente meravigliosi.

LUSENA. — Al Magrassi, il quale vorrebbe che anche in Italia vi fossero ospedali per elioterapia sull'esempio di quanto si fa in Francia ed in Inghilterra, annunzia che a Porto Maurizio esiste appunto un ospedale militare cosiffatto. Anche l'O. ha applicata l'elioterapia su feriti di guerra, facendo in genere applicazioni generali, poichè l'azione dei raggi solari è prevalentemente quella di aumentare i poteri generali di resistenza.

NOVARO. — Chiede al Donati se ha potuto tenere in osservazione per lungo tempo i feriti precocemente suturati, poichè solo a questo patto ammetterebbe una sutura precoce: è facile suturare, ma è difficile portar via tutti i corpi estranei e tutti i tessuti destinati alla necrosi: bisogna quindi in caso mettersi in condizione di poter con un rapido sbrigliamento rimediare ad eventuali deficienze dell'intervento precoce.

Allo Schiassi dice che fin dal 1881 ha usato il bagno a permanenza con acqua di cloro. In seguito, praticando esami batteriologici dell'acqua del bagno e della superficie della ferita, vide che ambedue pullulavano di germi. Dedusse da ciò che l'azione del bagno era semplicemente un'azione di detersione della ferita e sostituì all'acqua di cloro la soluzione fisiologica, ottenendone gli stessi risultati. Quanto alle soluzioni ipertoniche, non ne fa uso poichè ha trovato ch'esse provocano dolore agli infermi irritandone la cute. Anzi in questi ultimi tempi ha modificato anche il bagno a permanenza con soluzione fisiologica: avendo osservato che la continua immersione degli arti nel bagno determina edema notevole, pratica ora soltanto bagni diurni: durante la notte avvolge gli arti in garza idrofila.

Infine l'O. osserva che alcuni praticano gli impacchi sovrapponendo al cotone e alla garza uno strato impermeabile: riprova ciò, perchè in tal modo si impedisce la naturale evaporazione cutanea e si rallenta la corrente di liquidi dai tessuti della ferita verso l'esterno.

MASNATA. — Il Donati ha accennato alla sutura delle ferite d'arma da fuoco dopo conveniente preparazione, ed alla loro guarigione per prima intenzione. Per quanto il Donati abbia detto che tale provvedimento deve considerarsi come eccezionale e da usarsi solo in alcune ferite, pure all'O. sembra doveroso l'affermare che negli ospedaletti avanzati questa tendenza non deve essere incoraggiata. Sarebbe assai pericoloso spingere i giovani chirurgi su questa via. Resti come affermazione del Congresso che le ferite determinate da proiettili di fucile deformati e da proiettili di artiglieria debbono essere sollecitamente trattate con procedimento chirurgico-profilattico inteso ad aprire am-

piamente il focolaio, ad estrarre i corpi estranei ed a drenare. Per questo scopo l'O. ha sempre adoperato garza idrofila imbevuta di soluzione di ipoclorito di calcio al 3 % e ne fu soddisfatto.

CENTANNI. — A proposito delle comunicazioni Schiassi e Lay afferma che l'antisepsi interna, della quale tali oratori si sono occupati, è veramente e non giustamente poco considerata. Come antisepsi interna non si può intendere ora che la terapia dedotta dalle dottrine immunitarie, essendo ancora troppo giovane la chemioterapia. Esiste una immunità naturale: quella ad es. che, si può dire, fa la guardia al bistorì del chirurgo e impedisce che germi pullulino nella ferita operatoria. Esiste poi una immunità artificiale, i cui mezzi sono rappresentati dai sieri, dai vaccini, ecc. L'O. si è molto occupato dei vaccini con l'intento di perfezionarli. I vaccini preparati con i metodi usuali hanno molti difetti in rapporto essenzialmente con la loro preparazione: per le manchevolezze di questa essi in genere contengono sostanze e principii numerosi oltre quelli voluti, sostanze e principii che spesso non sono senza influenza sull'organismo al quale i vaccini vengono somministrati e talora non senza influenza nociva. Per rimediare a ciò l'O. fa le culture partendo sempre da stipiti batterici prelevati dall'uomo e le fa in terreno costituito da sangue fresco umano (placentare). Ed è questo un primo punto di tecnica di notevole importanza. Un secondo punto è dato dalle modalità con le quali si deve ottenere la lisi dei corpi batterici e quindi la messa in libertà dei loro prodotti e principii. Anzichè ricorrere, come si suol fare comunemente, a mezzi artificiali, egli mette in opera l'autolisi naturale: lascia dissolvere i batteri dagli stessi loro fermenti o da fermenti leucocitarii. In terzo luogo allontana con opportuni procedimenti le sostanze alcaloidee che si formano nelle culture. Chiarifica infine il prodotto ultimo allontanando i residui batterici e vi aggiunge sostanze (nucleine) atte ad aumentare con meccanismo aspecifico i poteri di resistenza.

Con queste modalità ha preparato vaccini polivalenti per lo stafilococco, per lo streptococco, per lo pneumococco; per il *b. coli*, per il *b. perfringens*, per il *vibrio septicus*, per il gonococco e per il b. del tifo e inoltre vaccini per ciascuno di questi germi. Quanto agli effetti immediati sull'organismo cui tali vaccini vengono somministrati, l'O. ha veduto:

1° ch'essi sono innocui;

2° ch'essi non producono reazioni nè locali nè generali, o minima reazione, e ciò soltanto in casi di infezioni di lunga durata, intervenendo allora fatti anafilattici.

Esperimentati questi vaccini nei feriti di guerra con fatti settici locali e generali, si è constatato che dopo la iniezione si ha una regressione dei fatti generali e i fatti locali (eresipela, flemmone, ecc.) si arrestano e diminuiscono. Presto poi la ferita volge a decorso benigno, si staccano le parti necrotiche, il processo di granulazione si inizia e in seguito procede bene. Se ciò non avviene, se ne trova poi la causa in un ascesso o in un corpo estraneo. Interessante è notare come tali vaccini manifestino anche una azione favorevole aspecifica, cioè pur su infezioni determinate da germi diversi da quelli con i quali i vaccini sono stati preparati. Con tutto ciò è da dire che la vera efficacia dei vaccini è preventiva, e quindi bisognerebbe somministrarli per iniezione subito dopo il trauma. E l'O. mette a disposizione dei colleghi che volessero esperimentare i suoi vaccini quella quantità di questi di cui essi lo richiedessero. Infine l'O. accenna ad un altro recente perfezionamento da lui portato alla preparazione dei vaccini: li secca e chiude in fiale, accanto alle quali pone fiale con il solvente: al momento dell'uso si fa la diluizione. Così i vaccini si conservano più a lungo.

FASIANI. — A proposito della batteriologia della cancrena gassosa dice di avere praticato ricerche batteriologiche in 3 casi di cancrena gassosa limitata e in 4 casi di cancrena diffusa: isolò in tutti specie batteriche aerobiche accanto a specie anaerobiche.

In 3 casi praticò emoculture in vita e *post mortem*: negative riuscirono le emoculture in vita e positive quelle dal cuore del cadavere. In 2 casi isolò lo streptococco dal pus della cancrena gassosa in vita e in altri 2 casi isolò lo streptococco dal sangue del cuore del cadavere: richiama l'attenzione su questa setticemia da streptococco nella cancrena gassosa.

REMEDI. — Prende la parola sulla questione della cura delle ferite di guerra prodotte da armi non portatili (ferite d'artiglieria, da bombarde, da bombe a mano, ecc.).

Per l'O. la conoscenza esatta dei fenomeni biologici che si verificano nelle ferite è quella che ci deve indicare la via da seguire.

Ora la evoluzione delle ferite si può dividere in 3 periodi.

In un primo periodo, che è quello che segue immediatamente la ferita, dominano solamente i fatti di distruzione degli elementi anatomici dei tessuti. La ferita in questo primo periodo è semplicemente contaminata: i germi patogeni, pure trovandosi nel mezzo dei tessuti, non proliferano ancora; essi debbono adattarsi al nuovo ambiente nel quale sono stati trasportati. L'infezione in questo periodo è allo stato di latenza. Tutti i processi anatomo-patologici che si hanno in questo primo periodo e che vengono caratterizzati col nome di sfacelo, necrosi, mortificazione, ecc., debbono essere riferiti alla categoria dei fenomeni biochimici di proteolisi: cioè a dire alla scissione delle grosse molecole albuminoidi protoplasmatiche prodotte dalle diastasi proteolitiche. Ma questa scissione si produce a gradi fino a raggiungere poi la scissione completa. Ora questi prodotti intermedii, che appartengono alla categoria dei peptoni, delle proteasi, dei polipeptidi, sono dotati di un potere estremamente tossico locale e generale (se riassorbiti), mentre i prodotti che si formano in seguito alla completa disgregazione della molecola albuminoide protoplasmatica non sono tossici.

Le diastasi proteolitiche o proteasi hanno origini

variabili: in primo luogo provengono dai tessuti stessi mortificati, cioè dal tessuto muscolare. È noto che un muscolo asetticamente prelevato e conservato in un tubo di vetro, in stufa a 37°, si liquefà in seguito all'azione delle proprie diastasi proteolitiche. È questo il fenomeno dell'autolisi, che ha notevole importanza in patologia. Ma il più forte agente di proteolisi nelle ferite è il leucocita polinucleare neutrofilo, che possiede proteasi assi attive e che vengono messe in libertà dalla sua distruzione. Al momento della comparsa di questi nella ferita, la proteolisi autolitica passa in seconda linea: la massima azione è spiegata allora dai fermenti proteolitici leucocitarii. Però la comparsa dei leucociti polinucleari neutrofili avviene in generale 4 o 5 ore dopo il traumatismo, ed essa rappresenta il primo segno di difesa dell'organismo. Prima che sia trascorso questo tempo, al di fuori dei fatti di proteolisi autolitica, nessun'altra modificazione si nota a livello della ferita, e nessun segno di reazione dei tessuti sani.

Questo periodo di tempo è quello che si chiama fase di siderazione.

In questo primo periodo tutti gli sforzi del chirurgo dovranno tendere a questi due scopi: evitare la proteolisi, oppure, non potendola evitare, limitarla topograficamente al minimum possibile, e spingerla dal lato chimico fino alla completa scissione degli albuminoidi. Per fare ciò abbiamo un margine utile di tempo che varia da 4 a 6 ore. Ebbene, questi due scopi si raggiungono totalmente, o quasi, colla pulizia meccanica della ferita, che si può considerare come una antisepsi meccanica. Se questa pulizia meccanica è riuscita completa, la ferita è allora nelle migliori condizioni per guarire rapidamente ed è indicata la sutura. Se invece la pulizia meccanica riesce incompleta, allora, non potendo evitarsi i fenomeni di proteolisi, occorrerà spingerli al massimo, ed è a questo momento che sono utilissimi gli ipocloriti, perchè hanno una azione dissolvente degli albuminoidi, e, secondo gli studii di Fiessinger, dei leucociti polinucleari neutrofili. Questo uso degli ipocloriti in questo primo periodo è giustificato dal fatto che, contrariamente a quello che si ammetteva generalmente, sembra che la importanza fagocitaria dei leucociti in questo momento sia secondaria, la loro funzione essenziale essendo la proteolitica.

Se il chirurgo quindi non interviene praticando questa pulizia meccanica, è l'organismo stesso che se ne incarica per una via indiretta e dannosa, per mezzo cioè della proteolisi, ed ogni ferita lacerocontusa prodotta in combattimento, ampiamente aperta, abbandonata a sè stessa evolverà naturalmente sia verso il flemmone circoscritto, sia verso il flemmone diffuso, sia verso le grandi infezioni necrotiche, gassose o no, portando una setticemia rapidamente mortale.

Il secondo periodo è caratterizzato dai fenomeni di reazione che si notano nella ferita in seguito allo sviluppo dei germi infettivi penetrativi. Le prime manifestazioni della pullulazione microbica compaiono dalla 8ª alla 12ª ora. I primi germi che si sviluppano sono forme bacillari anaerobiche, mentre i cocchi compaiono più tardi, fra la 16ª e la 24ª ora. Da questo momento la flora batterica della ferita è polimicrobica.

In questo secondo periodo l'indicazione terapeutica è di conservare, aumentare, eccitare i poteri di resistenza: quindi è di supremo interesse proteggere i leucociti polinucleari, l'azione dei piogeni venendo vinta principalmente dal meccanismo fagocitario, e mentre localmente è utilissima la cura asettica della ferita, la immobilità, la applicazione di una medicatura completamente assorbente, riesce utilissima ancora l'azione generale esercitata dal vaccino polivalente del Centanni, che può considerarsi come antisepsi biologica.

Nel terzo periodo della evoluzione della ferita, l'infezione è vinta: essa entra nella fase di riparazione e di cicatrizzazione. In questo ultimo periodo i fenomeni predominanti sono caratterizzati dalla neoformazione dei tessuti e, dal lato anatomico, dalla formazione del cosidetto tessuto di granulazione. In questo periodo, mentre si deve cercare di mantenere la ferita possibilmente asettica, il problema principale che si presenta è il seguente: si deve cercare di riunire la ferita suturandola (sutura secondaria), oppure si deve abbandonare il processo di guarigione alla sua naturale evoluzione? È evidente che, nei casi nei quali è possibile, si deve preferire la sutura secondaria alla cicatrizzazione spontanea, ed è inutile illustrarne le ragioni. Importante per la decisione è lo studio batteriologico e citologico della ferita e del suo essudato. In base ai risultati di questo studio si ritiene che la ferita possa suturarsi quando nessun germe si nota all'esame microscopico di un preparato fatto per impressione, o tutt'al più un germe o due per campo, sempre che si tratti di cocchi e non vi sia alcun accumulo di questi, nè alcuna forma bacillare, e quando all'esame citologico risulti la presenza in quantità almeno del 10 % di leucociti mononucleari (linfociti o grandi mononucleari).

CECI. — Dice di aver visto molti feriti di guerra medicati con iodoformio o preparati simili: fa presente come questa sia una medicatura irrazionale e non esente da pericoli.

COCCI. — Richiama l'attenzione su alcuni particolari di tecnica nella cura delle ferite: immobilizzazione dei feriti e rarità delle medicature anzitutto. Meno i feriti sono medicati, meno soffrono e più presto guariscono. Usa poi preservare la pelle circostante alle ferite ungendola con vasellina. Ha abolito il drenaggio di garza, avendo riconosciuto illusoria l'azione drenante che alla garza si attribuisce: in sua vece adopera paraffina, che scioglie e inietta con una siringa nei tramiti. Essa non fa da tappo, come si potrebbe a tutta prima pensare, poichè non aderisce ai tessuti: il pus fuoriesce tra paraffina e pareti del tramite. Infine afferma di avere spesso trattato i setticemici con iniezioni endovenose di piccole dosi di siero di cavallo normale (10-20-40 cmc.), ottenendone buoni risultati.

RUGGI. — È d'accordo con il Cocci sull'opportu-

nità di rare medicature e di materiale asciutto di medicatura: da venti anni egli segue questa pratica.

BASTIANELLI. — Ritorna sulla sutura precoce delle ferite. O il metodo è buono, e bisogna allora adottarlo, o è cattivo, e bisogna rigettarlo. Anche le operazioni sono pericolose, ma solo chi le può fare le deve fare. Non si dice che si debbano cucire le ferite, ma le ferite preparate con la escissione dei margini, con l'apertura del tramite, con la asportazione delle parti morte o contuse, ecc. E ciò specialmente nel caso del cranio, e delle articolazioni.

DONATI. — Al prof. Novaro risponde che ha sempre trattenuto nell'ospedale gli operati, ai quali aveva praticato la sutura della ferita, per tutto il tempo necessario alla completa guarigione; la sorveglianza diretta e attenta dell'operatore è condizione *sine qua non* per l'applicazione di questo trattamento. Afferma poi che non ha voluto sostenere la sutura delle ferite in primo tempo come un metodo da applicarsi sistematicamente. Egli ha voluto semplicemente mostrare la possibilità di una trasformazione radicale della chirurgia di guerra, che, anche nelle ferite da artiglieria e da bomba, non dovrebbe più essere quasi fatalmente una chirurgia delle infezioni più o meno gravi, con tutte le conseguenze che conosciamo. Non è chi non veda quali vantaggi incommensurabili si otterrebbero favorendo il decorso asettico delle ferite, il quale permetterebbe, in un numero di casi ben più grande dell'attuale, non solo la reintegrazione anatomica, ma, quel che più importa, la reintegrazione funzionale.

Adunque l'O. ha voluto dire che l'intervento chirurgico precoce, inteso come una vera operazione chirurgica, può da solo portare ad una sterilizzazione della ferita, per lo meno in senso clinico, e ha detto che in certi casi l'immediata ricostituzione anatomica delle parti è ottenibile con la sutura, ma che questo è un metodo delicatissimo, applicabile solo nelle prime ore, da chirurgi esperti, in ambienti e con mezzi adatti, e quando non si oppongano condizioni derivanti da eccessivo ingombro di feriti in rapporto col numero e la qualità del personale tecnico dell'unità chirurgica. È dunque questione sopratutto di organizzazione chirurgica alla fronte.

Quanto alla possibilità di modificare il terreno nei riguardi delle infezioni mercè l'immunizzazione preventiva, basta constatare i risultati ottenuti nella profilassi della infezione tetanica, della quale ad es. l'O. non ha più visto un caso da circa un anno ad ora, per convincersi della importanza somma che avrebbe la profilassi delle altre infezioni con sieri e vaccini adatti. Il vaccino Centanni non è stato purtroppo potuto usare dall'O. a scopo profilattico, perchè gli è stato fornito quasi alla vigilia della sua partenza dall'ospedale da campo; ma l'ha usato, insieme agli opportuni presidii chirurgici, in alcuni casi di infezioni delle ferite, e può dire di non avere constatato inconvenienti, ma solo qualche volta reazione febbrile, tuttavia transitoria. Per certe ferite poi ha avuto l'impressione che l'iniezione di vaccino abbia avuto gran parte nella rapida trasformazione della superficie della ferita in una bella piaga granuleggiante e nel successivo decorso favorevole della ferita stessa.

ALESSANDRI. — Dalle comunicazioni fatte e dalla discussione pare all'O. vi sia qualche punto su cui tutti o quasi sono stati d'accordo, e che quindi se ne possano trarre conclusioni che rappresentano l'opinione comune. E ciò gli sembra tanto più importante in quanto la Sanità Militare si è molto interessata a questo Congresso ed è intervenuta alle sedute con un grande numero di ufficiali superiori con funzioni direttive e di molti chirurgi militari in piena attività nelle prime linee.

Le conclusioni del Congresso quindi potrebbero servire di base per migliorare le direttive e l'organizzazione del servizio sanitario chirurgico di prima linea.

Per quanto riguarda la cura immediata delle ferite di guerra, un primo assioma, già riconosciuto dai chirurgi francesi, inglesi e tedeschi e nel quale pure noi concordiamo, è che la massima parte delle ferite da proiettili di guerra si debbono considerare infette, almeno in potenza: tranne alcune ferite da fucile a orificii piccoli, le altre, e specialmente quelle da proiettili di artiglieria e simili, sono tutte da considerarsi come infette.

Un secondo punto, su cui pure l'accordo è, possiamo dire, unanime, è che nelle prime ore (5-6, alcune volte 10-20), pure esistendo germi nella ferita, l'infezione non si è ancora sviluppata, e quindi, se un intervento chirurgico si compie in questo periodo, esso può impedire l'insorgere di fatti flogistici gravi. Questo intervento deve necessariamente consistere in uno sbrigliamento ampio degli orifici e del tramite, nell'asportazione dei corpi estranei, nella escissione dei tessuti pesti e mortificati, s'intende per quanto è compatibile con la regione anatomica colpita.

Sul trattamento ulteriore invece vediamo come l'accordo manchi: chi ha sostenuto la sutura immediata, chi il trattamento aperto semplice, chi le irrigazioni di soluzioni isotoniche e ipertoniche, chi gli antisettici, chi i bagni permanenti, chi l'elioterapia, ecc.

Sembra all'O. tuttavia che solo i due primi siano i punti veramente importanti: quando, con l'intervento precoce, la ferita ampiamente aperta e detersa sarà messa in condizioni che infezioni, specialmente anaerobiche, non vi si possano sviluppare, e anche le comuni piogeniche, date le condizioni in cui è messa la lesione, vengano a mancare o ad essere più miti, crede abbia secondaria importanza il metodo di trattamento consecutivo, che presumibilmente potrà essere vario secondo i casi.

La questione essenziale dunque, dal punto di vista del soccorso chirurgico in prima linea, è tutta di trasporto e di organizzazione: i feriti debbono essere trasportati il più presto possibile, compatibilmente con le necessità belliche, in unità sanitarie dove possano trovare un soccorso non provvisorio, ma definitivo. Ed è necessario che queste unità abbiano chirurgi capaci di poter compiere quegli interventi che assurgono al valore di vere operazioni delicate e precise. (*Applausi*).

NOVARO. — Poichè le idee espresse dal prof. Alessandri rappresentano veramente l'opinione comune e poichè sarebbe molto utile che la Sanità Militare le considerasse, crede opportuno formulare tali idee in un ordine del giorno da sottoporsi all'approvazione del Congresso.

RUGGI. — In realtà il Congresso ha già manifestata la propria approvazione alle idee espresse dal prof. Alessandri con gli applausi unanimi che hanno seguito le parole di questi. Non ha però alcuna difficoltà a pregare il prof. Alessandri di formulare tale ordine del giorno, che verrà sottoposto alla votazione del Congresso in una delle prossime sedute.

Comunicazioni sulle ferite con lesioni delle ossa o delle articolazioni.

Ferite suppurate delle grandi articolazioni e loro trattamento.

DURANTE FRANCESCO. — Tutti conoscono quanto gravi siano le suppurazioni articolari e specialmente quelle delle grandi articolazioni, e la necessità quindi di mettere per tempo in opera i provvedimenti necessarii ad évitare storpiature, anchilosi, amputazioni.

Le incisioni semplici, fatte nei punti più opportuni (ai lati della rotula nel caso del ginocchio) valgono soltanto nelle artriti sierose e siero-fibrinose, perchè allora il vuotamento del liquido, seguito, in caso, da lavaggio isotonico, bastano ad arrestare il processo, e talora con un buon risultato funzionale. Ma di rado nei feriti di guerra si hanno artriti di così lieve entità: in genere ci si trova di fronte a processi flemmonosi, ed allora le semplici incisioni a nulla valgono: il processo si diffonde attorno all'articolazione ed è ventura se con larghi sbrigliamenti si arresta il cammino della infezione, mai però la suppurazione. Ciò vale specialmente per il ginocchio, una delle articolazioni più difficili a trattare per i grandi recessi della sinoviale, le sue frequenti comunicazioni con le borse mucose che la circondano, l'impianto dei legamenti intraarticolari che la sepimentano, ecc.

Per dominare la sinovite purulenta circoscritta a tale articolazione l'O. non ha trovato miglior metodo di quello della resezione del ginocchio, fatta con incisione di Mackenzie perchè la linea di cicatrice esterna del lembo, a guarigione completa, non si sovrapponga alla cicatrice ossea. Appena aperta l'articolazione, si lava con abbondante acqua sterile, spazzando contemporaneamente con un batuffolo di garza tutti i recessi della sinoviale; indi si decortica la rotula, si resecano i condili del femore e la testa della tibia nella linea di confine della cartilagine d'incrostazione e si cauterizzano le superfici di resezione con il ferro rovente, per sottrarre il midollo osseo, mediante l'escara, che così si provoca, ad una possibile autoinfezione. La cavità prodotta dall'atto operativo si tampona con garza sterile, si abbassa il lembo su di essa, si fascia la regione con strati di ovatta e garza e si immobilizza l'arto in estensione e sotto moderata trazione manuale, mediante un apparecchio gessato costruito in modo che la sezione della coscia venga riunita alla sezione della gamba e del piede con tre archi di filo di ferro avvolti di fascie gessate, che li rendono rigidi, e posti: uno anteriormente e gli altri due lateralmente.

Intanto la cavità della sinoviale, messa completamente allo scoperto, e disinfettata e medicata ogni giorno, non tarda a granulare, mentre le granulazioni nelle sezioni delle ossa si manifestano con la caduta delle escare provocate con il cauterio. In questo momento, per accelerare la guarigione, si colloca un drenaggio sporgente dai due lati, si abbassa il lembo contenente la rotula e si fissa con punti di sutura. La rotula, aderendo sulla linea cicatriziale di resezione, rende più salda l'anchilosi e mantiene i normali rapporti d'impianto del muscolo quadricipite femorale.

L'artrosinovite purulenta flemmonosa complicata a infiltrazioni marciose della gamba e della coscia eccezionalmente si presta al trattamento surriferito, perchè i pazienti, stremati nella resistenza organica dalla febbre e dalle profuse suppurazioni, si esauriscono e muoiono pel marasma anche se li abbia risparmiati la setticoemia e la pioemia.

Qualora lo stato generale dell'infermo presenti un qualche affidamento di resistenza, si potrà tentare, per salvare l'arto, la resezione del ginocchio e larghe incisioni e drenaggi delle infiltrazioni e delle sacche marciose, sorvegliando sempre le condizioni dello stato generale. Se in pochi giorni il desiderato miglioramento non si ottiene, l'amputazione si impone per salvare, con la massima probabilità, la vita del paziente.

Nelle altre grandi articolazioni, sebbene con assai minore frequenza che in quella del ginocchio, ma per le stesse ragioni, siamo costretti a procedere alla resezione dei capi articolari (testa dell'omero, testa dell'anca). Tuttavia nella maggior parte dei casi non è difficile dominare il processo suppurativo con opportune e larghe incisioni che diano facile e completo scolo alle marcie, avendo cura di mantenere l'arto in quella posizione e direzione che meglio si presta alla funzione cui è destinato, poichè, con la guarigione, l'anchilosi è inevitabile, benchè, per alcune articolazioni, specie per quelle dell'anca, del gomito e della spalla, in secondo tempo si riesca a mobilizzarle con opportuni interventi operatorii.

Sull'artrotomia nell'artrite suppurata del ginocchio.

TANSINI IGINIO (Pavia). — L'O. si limita ad un confronto fra l'artrotomia del ginocchio mediante incisioni laterali e quella mediante incisione trasversale o a lembo rotuleo, basandosi sulla osservazione di 14 casi, dei quali 7 furono trattati con le incisioni bilaterali e 7 con l'incisione a lembo rotuleo. Di essi i primi, tutti gravissimi, appartengono all'Ospedale di riserva della Clinica Chirurgica di Pavia dall'O. diretta: degli altri uno fu dall'O. curato nella Clinica chirurgica di Palermo quando la dirigeva, e gli altri furono da lui visti come consulente, nei varii ospedali militari di Milano.

In sei dei casi di Pavia vi erano lesioni dello scheletro importanti: in tutti furono applicate le incisioni artrotomiche laterali, ed in tutti si ottenne la guarigione: uno solo soccombette per broncopolmonite acutissima, quando era assicurata la guarigione del ginocchio. In tutti questi casi si dovettero combattere le solite complicanze di ascessi periarticolari del poplite, del polpaccio, della coscia con altre incisioni: in due, con grande e immediato vantaggio, si usò il bagno permanente.

Negli altri casi trattati con l'incisione a lembo rotuleo, in 3 non vi erano lesioni ossee dello scheletro ed in 4 ve ne erano assai lievi. Nel primo, dall'O. curato nella clinica di Palermo, malgrado la pronta e ampia incisione, la scopertura dei recessi articolari posteriori, l'uso dell'acqua ossigenata e della irrigazione continua, non si è potuto salvare il paziente. Negli altri, malgrado la vasta apertura dell'articolazione, l'andamento non era favorevole e l'O. era stata chiamato appunto perchè ritenevasi indicato un nuovo e più grave intervento, la resezione o l'amputazione.

Alle incisioni laterali si fa carico di non permettere il dominio sicuro dei recessi articolari posteriori, dai quali hanno poi origine gli ascessi poplitei, le fusioni purulente verso il polpaccio ed altre verso la coscia. Ora l'O. ha visto tali complicanze anche in seguito ai più vasti tagli antero-trasversali, ed acquistare una gravità pari a quelle che aveva rilevate con tagli bilaterali.

Ora, se si mettono a confronto le conseguenze della incisione a lembo rotuleo sia per il periodo della cura, sia per il risultato funzionale, con quelle che si osservano in seguito ai tagli laterali, riesce evidente la superiorità di questi. Col lembo rotuleo noi osserviamo, già nel periodo della cura, una vasta superficie scoperta, granuleggiante, non sempre di facile governo: spesso i condili del femore, così esposti e senza riparo, si essiccano, anneriscono, si alterano: il processo di cicatrizzazione è di una grande lentezza, non proporzionata alle esigenze della affezione principale.

La rotula, trascinata dal quadricipite durante settimane e mesi, subisce una forte ascensione e si trova infine fissata da tessuto cicatriziale sul versante superiore dei condili femorali. I due estremi del legamento rotuleo, di debole vitalità, macerando nel pus, si vanno in gran parte eliminando: la ricostituzione dei piani anteriori dell'articolazione del ginocchio riesce così difficile assai od impossibile: è quindi esclusa ogni possibilità di ripristino dei movimenti articolari, nè sempre si verifica una anchilosi ossea solida per l'utilizzazione dell'arto, e la cicatrice larga, sottile, è sempre esposta a facili offese e lesioni.

Ferite da arma da fuoco articolari e loro trattamento.

CACCIA FILIPPO (Aquila). — L'O. ha avuto occasione di curare un numero abbastanza rilevante di ferite articolari in due stabilimenti sanitari diversi: dapprima nell'Ospedaletto 47, ente sanitario di prima linea, per tredici mesi, e consecutivamente nell'Ospedale da campo 057, formazione sanitaria di seconda linea, per altri dieci mesi.

Complessivamente curò 167 lesioni interessanti le grandi articolazioni.

Senza riferire dettagliatamente tutte le lesioni osservate, l'O. si limita a dire che in genere i proiettili di fucile provenienti da una certa distanza, e non di rimbalzo, provocano lesioni di lieve entità anche attraversando nel maggior diametro le articolazioni. La sintomatologia allora si limita, oltre ai fori di entrata e di uscita caratteristici e ben noti, ad una dolorabilità più o meno marcata nei movimenti e alla comparsa di un emartro più o meno accentuato.

Tale complesso sintomatico benigno può anche verificarsi per le ferite prodotte da pallette di shrapnell ed anche da piccole scheggie di granata o di bomba. In genere però i proiettili di artiglieria (shrapnell, granate, bombe) e il proiettile di fucile nella così detta zona esplosiva o quando è deformato per rimbalzo, provocano lesioni gravi con sintomatologia spesso imponente per le gravi lesioni dei capi articolari, fratture comminutive a frammenti più o meno numerosi e grandi, a seconda della forza viva che anima il corpo vulnerante, la forma più o meno irregolare, l'incidenza, ecc.

Tra questi due quadri estremi di fenomenologia benigna e grave esiste tutta una gradazione di lesioni di diversa entità, che si avvicinano più o meno ai due tipi descritti. Tali lesioni intermedie interessano per lo più limitatamente un solo capo articolare, ad es. un condilo femorale od omerale, parzialmente il capitello tibiale, un malleolo, ecc. In genere in tali casi il proiettile è ritenuto.

Quanto all'agente vulnerante, l'O. ha trovato differenze sensibili fra i reperti dei due ospedaletti nei quali è stato. Nel primo (di prima linea) su 91 ferite articolari, 55 sono provocate da proiettili di artiglieria e 36 da fucile; nel secondo (di seconda linea) su 76 ferite 67 sono prodotte da proiettili di artiglieria e 9 da fucile. Ciò spiega i differenti reperti di gravità tra i feriti dei due ospedali.

Infatti spesso le ferite da proiettili di artiglieria provocano suppurazioni gravi, specialmente se in primo tempo non si è fatto o non si è potuto fare l'intervento razionale del caso. Ciò è dovuto al fatto ben noto che i proiettili di artiglieria trasportano nei tessuti pezzetti sudici di indumenti, di pelle, peli, terriccio, sassi, ecc., sovraccarichi di germi aerobii e anaerobii, che trovano un facile terreno di cultura nei tessuti contusi e spappolati.

Tali condizioni favorevoli culturali sono poi eccellentemente favorite, specie per gli anaerobii, dalle dimensioni spesso insignificanti dei fori di entrata e di uscita, nei quali per giunta si può fare semplicemente una disinfezione superficiale e quindi di nessuna utilità per impedire o arrestare l'azione deleteria dei germi, indovata profondamente. Da ciò piartri con ascessi o flemmoni periarticolari, piartri con osteoperiostiti, osteomielite dei capi articolari, ascessi o flemmoni periarticolari, setticemie o setticopioemie.

Nell'ospedale di primo soccorso 47 le ferite articolari con decorso asettico furono in numero notevole (48 su 91). Si ebbero poi 15 piartri, 16 piartri con infezione dei capi articolari, 3 setticemie, 6 can-

crene gassose e 2 shock traumatici. Le ragioni che spiegano il numero degli asettici sono molte: 1° il numero non indifferente di ferite da fucile; 2° il ricovero dei feriti in genere dopo poche ore dall'avvenuta lesione, e quindi la possibilità di poter subito eseguire gli interventi del caso, le rimozioni dei corpi estranei, lo svuotamento degli emartri, le opportune disinfezioni, gli apparecchi immobilizzanti razionali, ecc.; 3° l'avere evitato sempre le suture e l'aver ordinato di rimuoverle se fossero state fatte da altri, salvo nei casi di incisioni chirurgiche per rimozione di corpi estranei, o per artrotomie che potevano dare affidamento di asepsi, nel qual caso si aveva sempre cura di applicare un drenaggio tubolare e lasso di garza nel punto più declive; 4° l'avere ambienti adatti per le prime medicature, facilmente disinfettabili, come anche una camera di operazione a parte rispondente allo scopo; 5° l'avere diviso gli asettici dai settici con camere di medicatura separate.

Nell'ospedale di seconda linea 057 su 76 ferite articolari si ebbero 23 con decorso asettico, 20 con piartro, 23 con piartro e infezione dei capi articolari, 6 setticemie, 4 cancrene gassose, e 1 shock traumatico. Le ragioni di una così diversa successione morbosa nel decorso delle ferite curate in tale ospedale di seconda linea sono molteplici e di varia natura e verranno esposte, per non far ripetizioni, parlando del trattamento.

Concludendo le ferite articolari nell'attuale campagna presentano un quadro sintomatologico molto svariato e complesso non solo per l'entità delle lesioni o la delicatezza dell'organo ferito, ma anche, e principalmente, per i caratteri inerenti all'agente vulnerante (proietto). Ed è ovvio dedurne che la condotta del chirurgo, di conseguenza, deve informarsi alle più svariate esigenze delle molteplici lesioni che si presentano al suo tavolo.

E così è anche necessaria la conoscenza completa della lesione articolare da curare. Per ottenere ciò l'esame clinico accurato, per quanto sommario, data la grande affluenza dei feriti, deve essere sempre integrato da quello radiografico e radioscopico. Il microscopio delle lesioni di guerra è l'apparecchio radiografico.

Premessa questa linea di condotta preoperatoria l'O. dice che esiste una notevole differenza fra il numero e l'entità degli interventi praticati da lui nell'ospedaletto di primo soccorso e quelli eseguiti nell'ospedale di seconda linea. Infatti, osservando ad es. i dati riguardanti il ginocchio, nell'ospedale di primo soccorso su 26 casi di ferite penetranti nell'articolazione del ginocchio sono stati eseguiti soli 11 interventi e precisamente 3 artrotomie, con estrazione dei proiettili, 5 artrotomie con scheggiectomia e sgorbiamento, 3 resezioni e 1 amputazione di piede per cancrena gassosa. Nell'ospedale di seconda linea invece su 35 ricoverati per ferite penetranti nell'articolazione del ginocchio, sono stati eseguiti 29 interventi e precisamente 7 artrotomie, 11 artrotomie con scheggiectomia, 6 resezioni e 5 amputazioni. La ragione di una differenza così sensibile è da un lato nel fatto che negli ospedali di seconda linea, giungendo i feriti in un periodo più avanzato, è più facile che arrivino già con la piartrosi; dall'altro lato nel fatto che nel secondo ospedale prevalevano le ferite da proiettili di artiglieria, ed è noto che tali ferite di massima suppurano o reclamano interventi rapidi e razionali, specialmente quando coesiste lesione ossea.

Un altro fattore non trascurabile di aggravamento delle lesioni articolari negli ospedali di seconda linea è dato dal trasporto, che può riuscire molto nocivo, specie nelle lesioni dell'arto inferiore, se non viene fatto con mezzi adatti e non si fornisce il ferito sgombrato di un apparecchio immobilizzante ben fatto (immobilizzazione delle due articolazioni vicine).

A questo punto l'O., che dovrebbe riferire dettagliatamente sulle singole articolazioni, limita le sue parole alle lesioni del ginocchio.

Le ferite penetranti nell'articolazione del ginocchio osservate nei due ospedali sono 61 (26 nel primo e 35 nel secondo): ossia una percentuale del 36.50 % sul totale di 167 lesioni articolari.

In queste ferite la condotta dell'O. è stata diversa a seconda dell'agente vulnerante o la natura della ferita.

In genere nelle ferite trasfosse da proiettili di fucile (alle volte anche da pallette di shrapnell o da piccole scheggie di qualsiasi genere) con piccoli fori di entrata e di uscita, l'O. ha seguito di massima l'astensione. Però in caso di ritenzione del proiettile, anche se da fucile, ha seguito l'intervento (artrotomia laterale). Nei casi poi di lesioni ossee dei capi articolari si è regolato secondo la loro entità. Si è astenuto nei casi di lesione limitata (sempre quando non vi era ritenzione del proiettile). Se invece le fratture erano comminutive ha praticato, previa incisione di Mackenzie, la scheggiectomia, le resezioni tipiche o atipiche dei capi articolari a seconda della natura e dell'estensione della lesione.

Un dettaglio di molta importanza per la cura consecutiva delle lesioni articolari suppuranti con resezione o meno è costituita dall'apparecchio immobilizzante, che non deve rimuoversi durante la medicatura. Il problema è risolto dagli apparecchi gessati ad ansa.

Nei suoi feriti al ginocchio l'O. ha praticato i seguenti intervenuti. Nel primo ospedale 3 artrotomie, 5 artrotomie con scheggiectomia e 3 resezioni, mai amputazioni. In 15 casi di ferite traversanti il ginocchio, quasi tutte da fucile, si è limitato alla disinfezione del tragitto, alla medicatura asettica protettiva e all'apparecchio immobilizzante, di solito gessato e fenestrato. L'esito ottenuto è stato il seguente: 22 traslocati in buone condizioni e 4 decessi (2 per cancrena gassosa e 2 per complicazioni suppurative locali — piartrosi e osteomielite dei capi articolari — e generali — setticopioemia con localizzazioni multiple; in uno sopravvenienza di empiema pleurico).

Nel secondo ospedale su 35 feriti sono state eseguite: 7 artrotomie, 11 artrotomie con scheggiectomie, 6 resezioni e 5 amputazioni. In 6 non è stato eseguito alcun intervento. Gli esiti sono stati: 30 tra-

slocati e 5 morti (tutti per gravi complicazioni piogeniche locali e generali): in uno l'accidente terminale è stato l'emorragia secondaria della poplitea.

La mortalità globale è stata del 9,65 %, che non è davvero molto elevata, se si considera che sono stati compresi nella statistica anche i decessi avvenuti dopo qualche ora dal ricovero per grave shock traumatico ed emorragia acuta e gli esiti letali dovuti alla cancrena gassosa.

Ferite delle articolazioni da arma da fuoco.

FIORI PAOLO (Modena). — Dopo un breve accenno alle generalità sulle ferite delle articolazioni, l'O. parla degli esami batteriologici da lui praticati su 66 feriti di tal natura (64 esami). Di questi 64 esami 46 riuscirono positivi, 18 negativi. Nei casi positivi 12 volte furono trovati i soli piogeni comuni (stafilococco, streptococco), e 34 volte questi piogeni associati ai germi della putrefazione (2 volte al putrifico e al b. del Liborius, 16 volte ai protei, 4 volte al *b. coli,* 1 volta al *perfringens,* 11 volte a germi non identificabili).

Quanto agli interventi essi furono sempre determinati dalla presenza di un proiettile ritenuto o di fatti flogistici. Soltanto 9 volte l'O. si trovò in presenza di un vero piartro: 8 di questi infermi guarirono, uno solo morì.

In casi di frattura dei capi articolari mise in opera il trattamento abituale: solo una volta, fatta l'artrotomia, mise l'arto in flessione, per facilitare il deflusso del pus. Mai usò drenaggi: nell'articolazione del ginocchio formava un libero canale di deflusso mettendo 4 tamponi ai lati della rotula. In tre casi fece il trattamento con il vaccino polivalente del Centanni: potè osservare un andamento favorevole del processo settico articolare (rapida caduta della temperatura, diminuzione della secrezione, avviamento sicuro alla guarigione).

(*Continua*). Dott. L. C. ZAPELLONI.

Riunioni medico-militari di Ferrara e Rovigo istituite dall'Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Riunione straordinaria
Ferrara, Palazzo dell'Università, 4 dicembre 1916

Presidenza: G. BOSCHI.

Su proposta del prof. Boschi che siano escogitati e discussi provvedimenti legislativi intesi ad indurre agli atti operativi chirurgici i mutilati funzionali che ne abbisognano; la riunione approva di indirizzare alla Commissione Parlamentare per la protezione e l'assistenza degli orfani e degli invalidi di guerra la seguente mozione:

« che le autorità sanitarie militari non possano prendere il provvedimento medico-legale definitivo se non quando l'opera della Sanità militare abbia potuto compiersi del tutto, eventualmente compreso l'intervento operatorio ritenuto indicato. Il mutilato funzionale che rifiuti di assoggettarsi alla cura medica o chirurgica, dalla quale le competenti autorità sanitarie militari ritengano che egli possa ottenere la guarigione od un miglioramento, *sia trattenuto nell'ambiente stesso militare per tutta la durata dello stato di guerra;* ed ivi, sottoposto alla relativa disciplina, venga adibito a servizi relativi al proprio grado di idoneità, da aumentarsi, se del caso, cogli speciali adattamenti tecnici in reparti speciali di rieducazione professionale ».

Lo spirito della mozione, diverso dal contenuto dei progetti e delle leggi emanate fin qui, consiste adunque in questo: che colui il quale rimane invalido di guerra per colpa propria, per rifiutarsi cioè all'atto operativo indicato per la guarigione, quegli debba, come gli altri invalidi, ricevere una rieducazione professionale conforme alle condizioni della sua invalidità; ma, anzichè assumere il diritto alla dispensa da ogni servizio militare come coloro che subirono la invalidità del tutto loro malgrado, conservi l'obbligo di prestare servizio militare; e sia quindi adibito in speciali reparti che siano insieme di cura (fisica ed ortopedica in senso lato), di allenamento e di lavoro professionale, o nei comuni ambienti militari se il grado di idoneità fisica e psichica lo consenta, a prestare il servizio consentito, subordinato alla disciplina militare.

Così sarebbe tolto il miraggio del sollecito ritorno in famiglia, cui si deve il rifiuto di molti di assoggettarsi alla cura chirurgica.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Il significato dell'assenza dell'acido cloridrico nel succo gastrico.

R. Brown (*The Boston medical and surgical Journal*, 30 novembre 1916) osserva che le malattie nelle quali esiste assenza di acido cloridrico nello stomaco sono molto più numerose di quel che si credeva per lo passato. In genere può affermarsi che questo sintomo è legato agli stadii avanzati dei processi infiammatorî o nelle atrofie della membrana gastrica; ad un'abbassamento dell'attività funzionale delle glandule secernenti, oppure ad una nevrosi pura, a disturbi psichici, a fenomeni riflessi, a tossicemie o ad infezioni.

Le condizioni nelle quali si trova con maggiore frequenza assenza di acido cloridrico sono:

1° Gli ultimi stadii della gastrite cronica.

2° Gotta ed artrite deformante.

3° Varie malattie infettive: tubercolosi, tifo, sinusiti, piorrea alveolare, tonsilliti.

4° Varie malattie intestinali da vermi o protozoi.

5° Stati accompagnati da congestione passiva cronica, e segnatamente nefrite cronica e malattie del miocardio.

6° Anemia perniciosa: è questo un gruppo di speciale importanza perchè si tratta di uno stato molto simile sintomatologicamente al carcinoma gastrico, e perchè secondo molti l'anemia sarebbe secondaria alla affezione gastrointestinale.

7° Pellagra e sprue: in quest'ultima c'è anche assenza di secrezione pancreatica. In ambo le malattie si ha un notevole miglioramento dei sintomi a carico dell'apparato digerente mediante la somministrazione di acido cloridrico, in combinazione, per il caso della sprue, con il fermento pancreatico.

8° Cancro: non solo dello stomaco ma anche di altri organi, specialmente negli ultimi stadii.

9° Malattie della tiroide: sia che si tratti di iper- che di ipofunzione. La diarrea in questa forma pare legata all'acloridria.

10° Linite plastica o cirrosi dello stomaco, probabilmente costituente in molti casi la trasformazione di una vecchia ulcera in una forma maligna con marcata iperplasia del tessuto fibroso.

11° Ptosi ed atonia gastrica molto accentuata, quantunque in questi casi si possa anche trovare acidità normale ed iperacidità.

12° Malattie croniche della cistifellea con o senza itterizia.

13° Dopo improvvisi shock, emozioni violente, i patemi d'animo, il sopraffaticamento.

Si tratta adunque di gruppi numerosi molto importanti di malattie, nelle quali l'assenza dell'acido cloridrico è determinata da cause diversissime, infettive, tossiche, nervose, ecc. Riesce molto difficile da quest'unico sintomo voler risalire alla malattia essenziale che lo produce; nè il dosaggio della pepsina vale a far distinguere, come si è preteso, le forme organiche da quelle funzionali, perchè praticamente si può ritenere che le variazioni quantitative della pepsina vanno parallele con quelle dell'acido cloridrico. D'altra parte non è men vero che gli effetti dell'assenza di quest'acido sono molto varii: in alcuni casi infatti esso produce diarrea, in altri costipazione ed in altri la defecazione è normale. Dopo tutto per apprezzare il valore dell'assenza dell'acido cloridrico bisogna sempre considerare le sue molteplici funzioni: la sua azione sullo sfintere pilorico; la sua capacità a trasformare la prosecretina inattiva in ormone attivo del pancreas, la secretina; la sua proprietà antisettica; la sua azione nella digestione delle proteine; la parte essenziale che esso ha con la pepsina nella digestione del tessuto connettivo e il suo potere attivante sul zincogeno della pepsina e della rennina. *a. a.*

La gastrite flemmonosa acuta idiopatica.

La gastrite flemmonosa è una infiammazione purulenta della parete dello stomaco, che spesso si localizza alla sottomucosa, ma può anche diffondersi alla mucosa, alla muscularis ed alla sierosa. Etiologicamente la gastrite flemmonosa si divide in due gruppi: 1° La forma idiopatica o primitiva, nella quale non si riesce a dimostrare la causa diretta. 2° Le forme secondarie: *a*) flemmone diretto da diffusione da parte dell'isofago; *b*) flemmone secondario locale che segue all'ulcera, al carcinoma o ad un'operazione; *c*) flemmone secondario metastatico, in cui la infezione dello stomaco segue ad un'infezione di altra parte del corpo.

Dal punto di vista anatomo-patologico si distinguono due forme: la gastrite flemmonosa diffusa, in cui la infiltrazione purulenta si diffonde in un'area considerevole della parete gastrica, e la forma circoscritta o ascesso gastrico. Strettamente parlando, solo la prima forma va annoverata tra le gastriti flemmonose.

La gastrite flemmonosa primitiva o idiopatica è quella che si incontra più frequentemente. E. B. Fink (*Boston medical and turgical Journal*, 1916, 30 novembre) ne descrive un caso capitato alla sua osservazione. Si trattava di un individuo affetto da alcoolismo cronico con nefrite, che, ricoverato all'ospedale per subirvi un'operazione radicale d'ernia, cominciò ad avvertire dopo qualche giorno gravi dolori addominali specialmente localizzati all'epigastrio. La temperatura era molto alta, ed esisteva notevole tachipnea e tachicardia. Il ventre era teso e dolente alla pressione.

Importante il fatto che non si ebbe mai vomito. Nel sospetto che si trattasse di una forma di peritonite settica fu praticata la laparotomia. Si trovò che l'omento era fortemente aderente allo stomaco e nei tentativi di separazione si aprì una larga raccolta di pus. La parete dello stomaco era indurita, inspessita, edematosa: il processo settico aveva invaso tutto l'organismo dal cardias al piloro. Non si trovarono tracce di perforazione. Dopo poche ore il paziente morì. Dal pus fu isolato uno streptococco molto virulento.

Pilliet nel 1893 confermò la ipotesi di Strauss e Sebillon che la infiltrazione della parete gastrica e specialmente del connettivo della sottomucosa è provocato da una necrosi o da una lesione traumatica della mucosa, attraverso la quale penetrano i batteri della suppurazione. Lo stesso autore riuscì a produrre sperimentalmente la malattia mediante la somministrazione di sostanze caustiche. Bossart ritiene che la gastrite flemmonosa idiopatica ha il suo punto di partenza nell'epitelio del cardias e dell'esofago e che queste parti sono particolarmente favorevoli all'attecchimento degli streptococchi. Più recentemente Cheiniste ha messo in rilievo il fatto che in parecchi casi di eresipela e di parotide i sintomi gastrici dominano il quadro clinico, il che fa supporre che vi sia una localizzazione nello stomaco di dette infezioni specifiche, ed egli stesso descrisse un caso di gastrite flemonosa sviluppatasi nel corso di una eresipela. Un caso analogo fu osservato da Baird. Vasilevsky anche ritiene che la gastrite flemmonosa sia una complicazione secondaria dell'eresipela: l'infezione si diffonderebbe dalla bocca, alla faringe, all'esofago e quindi allo stomaco. Schwarz ritiene che il focolaio infettivo primitivo sia in genere localizzato alle tonsille, donde poi il germe piogeno si diffonderebbe allo stomaco per via sanguigna, e che i traumi diretti sulla regione epigastrica ne favorirebbe l'attecchimento.

a. a.

La diagnosi precoce e l'asportazione del carcinoma del colon.

La maggior parte degli individui affetti da tale malattia soccombe per gli effetti locali e non per carcinomatosi generalizzata o per recidiva. È quindi assai importante fare in tempo la diagnosi per poter operare in tempo utile.

Sintomatologia. — In un individuo che ha passato l'età media, e soffre di costipazione, alternantesi con accessi di diarrea, di defecazioni dolorose, dispepsia flatulenta, debolezza, dimagramento ed anemia, si deve sospettare un carcinoma del colon e procedere quindi a ricerche accurate. Talvolta con l'esame rettale, vaginale e bimanuale della pelvi e delle fosse iliache, si può sentire il tumore od una massa di scibale al di sopra dell'ostruzione. È difficile però sentire il tumore in vicinanza dell'angolo epatico e praticamente impossibile palparlo presso l'angolo splenico. Importante è la presenza di sangue e di catarro nelle feci, ciò che indica che la lesione si trova al di sopra del colon trasverso. Un segno importante è la peristalsi visibile.

Diagnosi. — L'esame con i raggi X, dopo la pappa o il clistere di bismuto, può rivelare il punto dell'ostruzione; la sigmoidoscopia può localizzare il tumore se esso si trova a 30-35 cm. dall'ano, altrimenti può essere utile rivelando l'infiammazione della mucosa con sangue e muco.

Il carcinoma del colon può essere confuso con la colite e la dissenteria, tanto più che la colite l'accompagna abitualmente. L'esame accurato si impone, specialmente quando si può escludere la dissenteria infettiva, quando non vi è febbre e quando il sangue ed il catarro non sono mescolati con le feci. Ad ogni modo poi, se vi è un forte sospetto per il carcinoma, è sempre consigliabile l'operazione, poichè spesso, anche in assenza del carcinoma, si trovano condizioni addominali che ritraggono vantaggio dall'atto operativo, come p. es. l'appendicite con infiammazione perimale, oppure un'appendice retrocolica aderente. Per quanto più piccolo e mobile è il tumore, tanto più facilmente sarà asportabile: l'assenza di dolorabilità è un segno favorevole. Quando si è verificata la suppurazione, i pericoli e le difficoltà sono aumentati.

Le aderenze parietali non hanno grande importanza poichè il colon può essere mobilizzato; più serie sono le aderenze e l'invasione del tenue, stomaco, pancreas o reni. I segni di tumore nel fegato, l'ascite o la presenza di noduli palpati all'esame pelvico rendono inutile anche la laparotomia esplorativa.

Occorrerà considerare anche lo stato generale del paziente, e se l'ostruzione è completa; in quest'ultimo caso si può procedere o alla colostomia al di sopra dell'ostruzione, o all'ileo-colostomia, ovvero alla resezione con drenaggio, secondo il metodo di Paul.

La morte per l'atto operativo può avvenire o per shock o principalmente in seguito a peritonite dovuta quasi sempre al fatto che le suture, anche applicate a dovere, non tengono.

FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(812) -*Rottura dell'imene.* — L'abbonato numero 4284 ci rivolge i seguenti quesiti:

1° Facendo con una leggiera sonda Nélaton, da 4 millimetri di diametro, manovra di penetrazione (attraverso il foro di un imene fimbriato di donna supposta vergine), e notando una certa resistenza, quali ragioni possono addursi per dimostrare che la resistenza è data dall'imene e non dallo sfintere della vagina?

2° Perchè la rottura dell'imene avviene nel quadrante inferiore?

1) Non ci sembra che si possa generalmente sostenere che la resistenza al passaggio della Nélaton sia data dall'imene: la sua stessa struttura (ripiegatura della mucosa con uno strato interposto di fibre elastiche) e lo spessore che, anche negli imeni carnosi, non è mai rilevante, fanno sì che la sonda, una volta penetrata, non incontri resistenza. Vero si è che alcuni istologi ammettono anche la presenza di fibre muscolari liscie, che potrebbero contrarsi spasmodicamente, ma la spiegazione sull'origine del fenomeno osservato dal collega sarebbe piuttosto da ricercarsi nella contrazione spasmodica del costrittore della vagina, cioè nel *vaginismo.*

2) La sede delle lacerazioni non è costante e varia soprattutto secondo le forme dell'imene.

ini.

(813) All'abb. n. 7733:

La questione dei cosiddetti *raggi N* è già da molti anni definitivamente tramontata. Dopo la scoperta dei raggi X per opera del Roentgen nel 1896, sorse tutta un'estesa letteratura sulle diverse radiazioni emesse dai vari corpi; e tra le altre sollevò grande rumore la pretesa scoperta del Blondlot di alcune radiazioni emesse dal corpo umano e dalla fiamma della lampada ad incandescenza Auer, chè avrebbero avuto la proprietà di aumentare la fosforescenza di alcune sostanze. Queste radiazioni chiamate radiazioni N furono osservate da diversi altri autori: se ne studiarono le proprietà, se ne stabilirono le leggi. Ma gli studi ulteriori dimostrarono essersi trattato di un vero fenomeno di suggestione collettiva di cui si convinsero tutti gli studiosi. La letteratura si trova in tutti i giornali di fisica ed anche nei giornali politici dell'epoca.

P. ALESSANDRINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

M. LETULLE. *La tubercolose pleuro-pulmonaire.* 1 vol. in-8° gr., con 107 tavole autocrome. Rilegato. Paris, A. Maloine et Fils éditeurs, 916. Prezzo Fr. 55.

Di un'opera così sontuosa e perfetta non avevamo ancora idea.

Si tratta di 107 tavole eseguite mediante la fotografia a colori (autocromie), senza ritocchi e senza intermediari, le quali rendono, con una evidenza meravigliosa, le alterazioni anatomopatologiche della tubercolosi pleuro-polmonare. Sono ordinate in cinque sezioni (tubercolosi follicolare e miliare, nodulare, infiltrata, caverne polmonari, pleuropatie tubercolari) e corredate di un testo analitico, nitido, preciso. Quest'opera è stata resa possibile dagli ultimi perfezionamenti dell'autocromia. Essa ci dà una visione ed una concezione complete di ciò che sono le affezioni tubercolari dei polmoni e delle pleure. Dobbiamo un plauso incondizionato alla Casa editrice ed all'A.

R. B.

H. VINCENT e L. MURATET. *Dysenteries, Choléra asiatique et typhus exanthématique.* 1 vol. in-8° di 184 pag. Masson et C.ie, ed. Parigi, 1917. Prezzo L. 4.

L'esperienza di questi anni di guerra ha molto arricchito le nostre conoscenze su tali malattie, di cui è troppo nota l'importanza, sia dal lato clinico, per una diagnosi esatta e rapida e per una terapia appropriata, sia dal lato epidemiologico, allo scopo profilattico. E assai utile quindi un libro come questo in cui, con la scorta delle recenti ricerche, gli AA. trattano la clinica, l'epidemiologia e la profilassi delle accennate malattie, non dimenticando che essi scrivono per il medico pratico e non per il ricercatore di laboratorio. Solo per la dissenteria insistono più a lungo sul differenziamento eziologico dei diversi tipi (amebico, bacillare, spirillare, ecc.). Per la dissenteria ed il colera viene trattata anche la questione delle vaccinazioni e vi sono citati anche diversi lavori italiani.

FIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Nei giorni 15 e 16 marzo si è riunita la Giunta del Consiglio Superiore di sanità sotto la presidenza del senatore prof. Golgi, per trattare affari di ordinaria amministrazione.

In materia di aumenti di stipendio a medici condotti deliberati di ufficio dalle Giunte Provinciali Amministrative, ha rigettato il ricorso presentato dal Comune di *Bagnoli Irpino* (Avellino), e dichiarato irrecivibile per tardività il ricorso del Comune di *Santa Flavia* (Palermo), mantenendo fermo, di conseguenza, l'aumento accordato.

Per quanto riguarda aumenti di assegni accordati dalle G. P. A. ad ufficiali sanitari, ha dichiarato irrecivibile per tardività il ricorso del Comune di *Santa Flavia* (Palermo), e respinto il ricorso del Comune di *Piano di Sorrento* (Napoli) restando, così, fermi gli aumenti deliberati.

In materia di aumento di stipendio a veterinari condotti pure deliberati di ufficio dalle G. P. A., ha respinto i ricorsi presentati dal Comune di *Tagliacozzo* (Aquila) e dal Comune di *Castiglione del Lago* (Perugia); ed ha dichiarato irrecivibili per tardività il ricorso del Comune di *Castel Sant'Elia* del Consorzio Nepi-Castel Sant'Elia-Monterosi (Roma) ed il ricorso dei Comuni del Consorzio *Pescocostanzo-Rivisondoli-Roccaraso* (Aquila) restando, quindi, fermi gli aumenti accordati.

Ha esaminato e dato parere sulle modificazioni proposte al regolamento provinciale per la risicoltura di Pavia.

Ha dato parere favorevole alla domanda di concessione della bonifica del *Lago Traiano* nel comprensorio della bonifica di Maccarese (Roma).

Ha dato parere sul ricorso del Comune di *Sartirana* (Pavia) circa le aggiunte al regolamento locale d'igiene relative alla determinazione della qualità di povero.

Ha dato parere su parecchie domande di pensione privilegiata, a termini dell'art. 25 del Testo unico sulle pensioni civili e militari.

Si è pronunziato su numerosi ricorsi di farmacisti contro provvedimenti dei prefetti emessi in applicazione della legge 22 maggio 1913, n. 468, sull'esercizio delle farmacie, e del relativo regolamento.

Si è occupato, infine, di qualche altro affare di ordinaria amministrazione.

ATTI PARLAMENTARI.

Dispensa di medici sotto le armi.

L'on. Dore aveva interrogato il ministro dell'Interno per sapere se creda che le Commissioni Provinciali istituite col Decreto 21 aprile 1916, n. 469, per concedere la dispensa ai medici sotto le armi che siano stati dichiarati inabili alle fatiche di guerra, e la cui opera sia ritenuta necessaria alle pubbliche amministrazioni civili, interpretino logicamente le disposizioni dello stesso Decreto quando negano la dispensa ai medici che furono ritenuti idonei soltanto ai servizi di seconda linea, ritenendo che l'idoneità a tali servizi equivalga all'idoneità per le fatiche di guerra. E se non reputi opportuno richiamare i Prefetti a rispettare l'interpretazione che di tali disposizioni ha dato il Presidente del Consiglio, ministro dell'Interno, nella sua risposta all'interpellanza degli onorevoli Dello Sbarba, Rossi Luigi, Mancini e Sighieri, nella quale veniva affermato esplicitamente: «spetta pure la dispensa ai medici che già sono sotto le armi quando siano dichiarati non idonei alle fatiche di guerra, ma solo ai servizi di seconda linea». Il ministro ha così risposto:

«In applicazione del Decreto Luogotenenziale 21 aprile 1916, n. 469, le Commissioni di cui all'articolo 6, distinguevano la idoneità dei medici al servizio militare a seconda che si trattava di servizi dipendenti da Armate, Corpi d'Armata e Divisioni mobilitate, oppure di servizi negli stabilimenti di riserva dipendenti dalle autorità territoriali. Gli idonei al servizio presso le unità mobilitate si distinguevano in idonei al servizio di prima o di seconda linea, secondo che potevano prestar servizio nei centri più o meno prossimi alla linea del fuoco; ma la idoneità ai soli servizi mobilitati di seconda linea era una sottospecie della idoneità alle fatiche di guerra, e quindi da contrapporre, non da confondere con la esclusiva attitudine ai servizi territoriali.

Ad ogni modo ormai il sopravvenuto Decreto 12 novembre 1916, n. 1529, chiama a prestar servizio senza eccezione presso l'Esercito mobilitato tutti i medici delle classi giovani sino a quella del 1884, revocando esplicitamente tutte le dispense ed esonerazioni concesse in base alle disposizioni prima vigenti, comprese quelle del Decreto 21 aprile 1916, n. 469, ed il Ministero della Guerra pubblicherà quanto prima le norme per la chiara applicazione delle disposizioni ora in vigore».

Ad una interrogazione dell'on. Magliano sull'esonero di medici condotti dal servizio militare, il ministro della guerra ha così risposto:

«Per l'assistenza sanitaria civile, il Ministero della Guerra è stato larghissimo nell'accordare gli esoneri dal servizio militare in base alle dichiarazioni di indispensabilità pronunciate dalle competenti Commissioni prefettizie.

Per i medici condotti o comunque addetti a servizi civili chiamati alle armi in forza del Decreto Luogotenenziale 1529 del 12 novembre 1916 perchè appartenenti alle classi 1884 e più giovani, il Ministero della Guerra ha curato attentamente la previa sostituzione individuale con medici più anziani reduci dal fronte, in modo da assicurare l'assoluta continuità degli stessi servizi civili.

Quando altre necessità sono fatte presenti dal Ministero dell'Interno le richieste vengono prese in

esame con la maggiore benevola disposizione, ma senza dimenticare che le esigenze militari persistono ancora gravi e crescenti anche per la costituzione di nuove unità sanitarie e per lo inquadramento di altri reparti di truppa ».

Per i medici di terza categoria.

Ad un'interrogazione dell'on. Lombardi « per sapere se non sia giusto, ai medici di terza categoria delle classi dal '76 in poi, che furono già in zona di guerra, fare lo stesso trattamento per la promozione e per indennità speciale, che ai medici dal '70 al '75 », il ministro della Guerra ha così risposto:

« Lo speciale trattamento, sia per l'avanzamento, sia per la indennità, fatto ai medici nati negli anni 1870 al 1875 e richiamati alle armi con D. L. 21 aprile 1916, n. 469, dipese dagli speciali obblighi di servizio imposti ai militari di quelle classi soltanto perchè laureati in medicina e chirurgia, in confronto a quelli dalla generalità degli altri cittadini nati negli anni stessi.

Del resto l'avanzamento per titoli di cui usufruiscono i predetti medici militari, può essere concesso a tutti gli altri ufficiali medici delle categorie in congedo, purchè dichiarino di far passaggio nel ruolo degli ufficiali di complemento ».

Per la promozione degli ufficiali medici liberi docenti.

All'on. Pucci è stato così risposto al riguardo dal ministro della Guerra:

« La circolare 445 del *Giornale Militare* 1916, dette luogo ad innumerevoli reclami e proteste, tanto che questo Ministero fu costretto a sospenderne l'applicazione perchè fossero studiate nuove norme per il conferimento dei gradi, in base a titoli accademici, agli ufficiali medici di complemento.

Dopo minuto ed attento esame della complessa quistione, questo Ministero, facendo anche tesoro dell'esperienza della Commissione Sanitaria incaricata dell'esame dei titoli dei detti ufficiali, concretò le norme contenue nella circolare 734 del dicembre u. s. ».

Sul pagamento degli stipendi ai medici richiamati.

Agli onorevoli Brunelli e Gallenga il ministro dell'Interno ha così risposto:

« Non pare al Ministero che sia necessaria l'adozione di nuovi provvedimenti allo scopo di impedire le inadempienze lamentate dagli onorevoli interroganti giacchè colla disposizione contenuta nell'art. 2 del Decreto Luogotenenz. 31 agosto 1915, n. 1420, il Governo ebbe a dettare norme precise e tali da assicurare appunto il sollecito pagamento di quanto è dovuto a tutti gli impiegati dipendenti dalle Amministrazioni locali, richiamati alle armi, essendosi concessa ai Prefetti la facoltà di liquidare, con procedura sommaria, i crediti degli impiegati stessi e di adottare d'urgenza i provvedimenti consentiti dalle relative leggi organiche per assicurare il pagamento delle rate di stipendio scadute e di quelle da scadere.

A giudicare dall'irrilevante numero di reclami finora pervenuti al Ministero, dovrebbe ritenersi che gli inconvenienti, genericamente segnalati, siano in numero assai minore di quello che appaia.

Comunque, qualora gli siano indicati fatti specifici, il Ministero non mancherà, come pel passato, di portarvi il suo attento esame per promuovere i provvedimenti che risulteranno necessari per assicurare l'esatto adempimento delle norme vigenti ».

Assegnazione degli studenti di medicina alla Sanità militare.

Ad un'interrogazione dell'on. Magliano il ministro della Guerra ha risposto esponendo i motivi per i quali sono esclusi dall'assegnazione o dalla permanenza nelle compagnie di sanità gli studenti di 2° anno di medicina che provengono da altre facoltà e che non hanno frequentato con successo il 1° anno.

Altre interrogazioni.

Sono state presentate anche le seguenti interrogazioni:

dell'on. Pellegrino sulla disparità di trattamento negli accertamenti medico-legali tra le categorie degli ufficiali di complemento e quella degli ufficiali in servizio permanente;

dell'on. Cugnolio sull'assegnazione di una semplice indennità ad invalidi di guerra, inducendoli ad accettare ed a rinunziare alla pensione, quale condizione per la riforma;

dell'on. Facchinetti perchè i soldati di transito che sostano nelle stazioni ferroviarie non siano costretti a dormire nei gelidi vestiboli delle medesime, ma accompagnati ai quartieri od in altri appositi locali;

dell'on. Morisani per l'invio in congedo provvisorio fino all'epoca degli esami dei militari studenti di 3° e 4° anno di medicina;

dell'on. Casolini perchè sia revocata la disposizione della Direzione di Sanità di Bari per il passaggio in fanteria degli studenti in medicina regolarmente e legalmente inscritti al secondo anno;

dell'on. Casolini sull'assistenza e la vigilanza nel manicomio di Catanzaro in Girifalco.

Per gli invalidi di guerra.

La Camera dei Deputati ha nuovamente discusso ed ha approvato, nelle modificazioni apportatevi dal Senato, il disegno di legge relativo.

Dopo brevi dichiarazioni del presidente on. Marcora, l'on. Badaloni ha rilevato che questo progetto non affronta il grave problema dei tubercolotici di guerra; l'on. Pietravalle ha insistito sulla obbligatorietà per lo Stato della rieducazione ed ha parlato sulla rieducazione coatta; l'on. Maffi ha deplorato che il progetto sia irrazionale e tradisca la fretta; l'on. Mancini ha raccomandato alla Camera il seguente ordine del giorno sottoscritto anche da altri:

« La Camera confida che il Governo sappia disporre perchè il riconoscimento di invalidità ai sensi di legge sia circondato, anche per i militari, dalle maggiori garanzie, assicurando altresì una

procedura semplice e sollecita per le eventuali contestazioni ».

Il ministro on. Orlando ha ricordato che il progetto è stato già ampiamente discusso alla Camera ed al Senato e che le modificazioni portatevi dal Senato in tre soli articoli non ne toccano la sostanza, ma si riducono a variazioni di ordine e di forma: p. es. il Senato ha mantenuto l'esclusione della rieducazione coatta. Ha avvertito che la legge troverà la sua integrazione in altre provvidenze e principalmente in quelle relative alle pensioni di guerra. Il relatore on. Chiesa ha dato altre assicurazioni.

Approvati gli ordini del giorno proposti dalla Commissione e quelli accettati dalla Commissione, si passò all'approvazione dei singoli articoli.

All'art. 10 l'on. Ciccotti propose, senza aver sèguito, che ad aumentare il fondo per i mutilati, sia devoluta una parte dell'indennità parlamentare.

Cronaca del movimento professionale.

Convegno di medici toscani. — Il 25 marzo, nella sede dell'Ordine dei medici, ha avuto luogo a Firenze un Congresso dei medici toscani, presieduto dal prof. Burci.

Fu approvata la seguente deliberazione:

« Il Congresso dell'Ordine dei medici della Toscana, constatato che l'atteggiamento dell'on. Brunelli, rappresentante dell'Ordine dei medici al Consiglio Superiore di Sanità, di fronte all'avvenimento storico di questa guerra per la liberazione dei popoli e per il diritto e la civiltà, è in assoluto contrasto con quello de'la grande maggioranza dei medici italiani ed offende le tradizioni patriottiche della classe, gettando su di essa una triste luce al cospetto del paese e del mondo e che potrebbe costituire un pericolo per la patria, diminuendone la resistenza, invita l'on. Brunelli a dare le sue dimissioni da rappresentante dell'Ordine dei medici in seno al Consiglio Superiore di Sanità; rivolge un pensiero riconoscente ai caduti ed un saluto augurale all'esercito valoroso, ai colleghi in guerra, ed acclama Trieste a sede del primo possibile Congresso ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6792) *Pensione. - Esenzione dal pagamento della tassa di R. M.* — Dott. A. F. da F. — Le pensioni, che si corrispondono ai medici condotti non sono mai esente dalla tassa di R. M. tuttochè lo stipendio che ai medesimi si corrispondeva durante l'attività di servizio fosse pattuito e percepito al netto. Nè può legalmente sostenersi la tesi, cui accenna e, cioè, che lo stipendio non era rappresentato dalla somma che realmente percepiva, ma bensì di quella con l'aggiunta della R. M., condonata, perchè essendo pattuita la corrisponsione dello stipendio al *netto* esso era unicamente rappresentato dalla somma che prendeva alla mano.

(6793) *Centesimo di guerra. - Obbligo di corrisponderlo. - Ammontare.* — Dott. G. B. R. da M. S. — Il pagamento del contributo straordinario del centesimo di guerra è obbligatorio per tutti coloro che ricevono indennità, assegni, stipendii o pensioni a carico del bilancio dello Stato o delle amministrazioni municipali. A Lei, quindi, come medico condotto compete il pagamento di tal contributo sulla percezione della indennità giornaliera assegnatale. Sugli stipendii degli impiegati, soggetti a R. M. l'aliquota del centesimo di guerra è rappresentata da 0.375. Poichè l'indennità che Ella riceve non è carica di ricchezza mobile ma netta, deve pagare un centesimo per ogni lira, e cioè una lira ogni cento lire. Non è stabilito limite di età per la nomina di una levatrice condotta.

(6794) *Medico condotto consorziale. - Dimissioni.* — Dott. G. P. da G. — Non è stabilito termine per rassegnare le dimissioni dalla carica di medico condotto comunale o consorziale. In mancanza di speciale disposizione del capitolato, bisogna attenersi alle consuetudini locali o, quanto meno, tener conto del tempo che occorre alla amministrazione municipale di provedersi, accettando la rinunzia, di altro condottato, locchè nei tempi attuali, in cui sono sospesi i concorsi, non è scevro di difficoltà.

(6795) *Pensioni.* — Dott. F. C. da Z. di G. — Non La consiglieremmo a chiedere il collocamento a riposo con solo 24 anni di servizio, mentre con altri sei mesi può liquidare una pensione continuatrice, invece della indennità, che è corrisposta per una volta tanto. La somma, cui potrebbe ammontare la indennità non è ancora precisabile, mancando tuttora il regolamento. Come pensione, ai dati esposti, riscuoterebbe l'annua somma di L. 893.

(6796) *Trattamento economico di medici condotti sotto le armi.* — Dott. P. G. da M. — Se durante il congedo di sei mesi ottenuto dall'autorità militare non percepisce lo stipendio di tenente, ha diritto di avere dal comune l'intero stipendio di medico condotto. Se, invece, riscuote lo stipendio militare seguiterà ad avere dal Comune la sola differenza fra l'ammontare di esso e quello che Le corrispondeva l'amministrazione municipale.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare.

Al dott. C. C., Zona di Guerra:

Il Decreto Ministeriale che toglie le indennità ai medici in servizio quando le rispettive classi vengono chiamate alle armi non fa eccezione alcuna per i diversi stati di famiglia di essi.

Al dott. X:

Non esiste nessun decreto il quale stabilisca che i medici dal 1870 al 1875 (richiamati), i quali godano dell'indennità di L. 5 al giorno, hanno diritto a restare nelle loro rispettive abituali residenze. Esiste però una disposizione ministeriale in tale senso.

M. G.

COLTURA SUPERIORE.

I limiti d'età dei professori universitari.

Il disegno di legge relativo, già approvato dal Senato il 16 dicembre 1916, lo è stato ora dalla Camera nella seduta del 23 marzo 1917, dopo una breve discussione alla quale parteciparono gli onorevoli Mancini, contrario ad ammettere i professori emeriti quali membri ordinari della facoltà, Monti Guarnieri, contrario all'art. 4, Pietravalle, il quale avrebbe voluto che il disegno di legge fosse meglio elaborato, Bignami, Alessio, Pucci, Agnelli, relatore, e Ruffini, ministro, i quali sostennero l'approvazione integrale del disegno di legge e sovratutto vollero provare l'opportunità che i professori emeriti di materie sperimentali non siano esclusi dalla quotidiana vita scientifica, ma collaborino con i giovani insegnanti e vivano con essi in perfetta comunione di spirito e di pensiero.

Riportiamo integralmente il testo della legge:

Modificazioni alla legge sulla istruzione superiore, concernente i limiti di età dei professori delle Università e degli altri Istituti di istruzione superiore.

Art. 1. — L'art. 123 del Testo Unico delle leggi sull'istruzione superiore approvato con R. Decreto 8 agosto 1910, n. 795, è abrogato.

Il professore che compie il 75° anno di età durante l'anno accademico, quando abbia effettivamente cominciato il corso, conserverà il grado e l'ufficio sino alla fine dell'anno medesimo.

Art. 2. — Gli insegnanti che saranno collocati a riposo in forza dell'art. 41 del testo unico precitato, qualunque sia il numero degli anni di servizio prestato, potranno essere nominati professori emeriti sulla proposta delle Facoltà e Scuole Universitarie a cui appartenevano e come tali rimarranno membri di quel corpo accademico. Essi avranno il diritto di libero insegnamento di cui alla prima parte dell'art. 56 e negli articoli 64 e 68 del detto testo unico.

Art. 3. — I professori emeriti di cui all'art. 2, e quelli che non appartengono ad altre Facoltà o Scuole come insegnanti ufficiali, faranno parte del Consiglio di Facoltà o Scuola. Potranno partecipare alle elezioni del Preside, del Direttore e del Rettore e saranno eleggibili a tali cariche.

Art. 4. — Se il professore emerito è cultore di scienze sperimentali, il professore che gli è succeduto nella cattedra e nella direzione dell'Istituto, sarà tenuto a fornirgli i mezzi necessari per il libero insegnamento e per i singoli studi sperimentali di cui il professore emerito intendesse occuparsi.

NOTIZIE DIVERSE

Per gli inabili della guerra.

Il ministro della Guerra ha diramato una circolare (*Giorn. Mil. Uff.*, 1917, n. 9), per l'esecuzione del Decreto Luogotenenziale 10 agosto 1916, n. 1012, relativo all'assistenza ai mutilati, storpi e ciechi della guerra.

Vengono istituite speciali *Sezioni chirurgiche di concentramento* per i militari storpi e mutilati per causa di guerra, nei territori dei comandi di Corpo d'Armata di Torino, Milano, Genova, Verona, Bologna, Firenze, Napoli e Palermo, e ne viene regolato il funzionamento.

La politica dei consumi alla Camera

è stata oggetto di un'ampia discussione; agli oratori ha esaurientemente risposto il Commissario on. Canepa, dando assicurazioni che la carestia non è a temersi, ma dichiarando che s'impone al paese la necessità di un'austera disciplina.

Preparazione degli Stati Uniti alla guerra.

A far parte del Consiglio Nazionale di Difesa a Washington è stato chiamato un membro medico, il dott. Franklin B. Martin di Chicago.

Il Consiglio stesso ha nominato un «Comitato medico permanente di campionamento», delegandovi il dott. Frank F. Simpson quale presidente e il dott. T. W. Richards quale segretario; nonchè un comitato esecutivo, costituito da due medici dell'Esercito, uno della Marina militare ed uno della Sanità pubblica. Scopo di questa organizzazione è di fissare i campioni per la produzione del materiale sanitario (come si pratica già da tempo per le industrie meccaniche), così da uniformarne e accelerarne la produzione.

(Dal *Boston Med. a. Surg. Journal,* 22 febb. 1917).

Nel fascicolo scorso a pag. 413 il titolo deve dire «nervo radiale»; a pag. 435, nel quinto necrologio, deve leggersi LEONE PESCI.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

IL POLICLINICO

Abbonamenti cumulativi con "Il Policlinico„ per il 1917

LE MALATTIE DEL CUORE E DEI VASI

Rivista mensile illustrata
che si pubblica in Roma il 1° di ogni mese

ABBONAMENTO ANNUO:
per l'Italia: **L. 12** — Estero: **Fr. 18**

Per gli abbonati al **Policlinico:**
Italia: **L. 7** — Estero: **Fr. 13**

ANNALI D'IGIENE

Pubblicazione mensile
in fascicolo di 48-64 pagine, illustrata

ABBONAMENTO ANNUO:
per l'Italia: **L. 15** — Estero: **Fr. 20**

Per gli abbonati al **Policlinico:**
Italia: **L. 10** — Estero: **Fr. 15**

ANNALI DI ODONTOLOGIA

Periodico mensile illustrato che si pubblica in Roma in fascicoli di 64 pagine

Abbonamento annuo: Italia **L. 12** — Estero **Fr. 18**
Per gli abbonati al **Policlinico:** Italia **L. 8,50** — Estero **Fr. 15**

LA CLINICA OSTETRICA

Periodico quindicinale di ostetricia, ginecologia e pediatria per i medici pratici

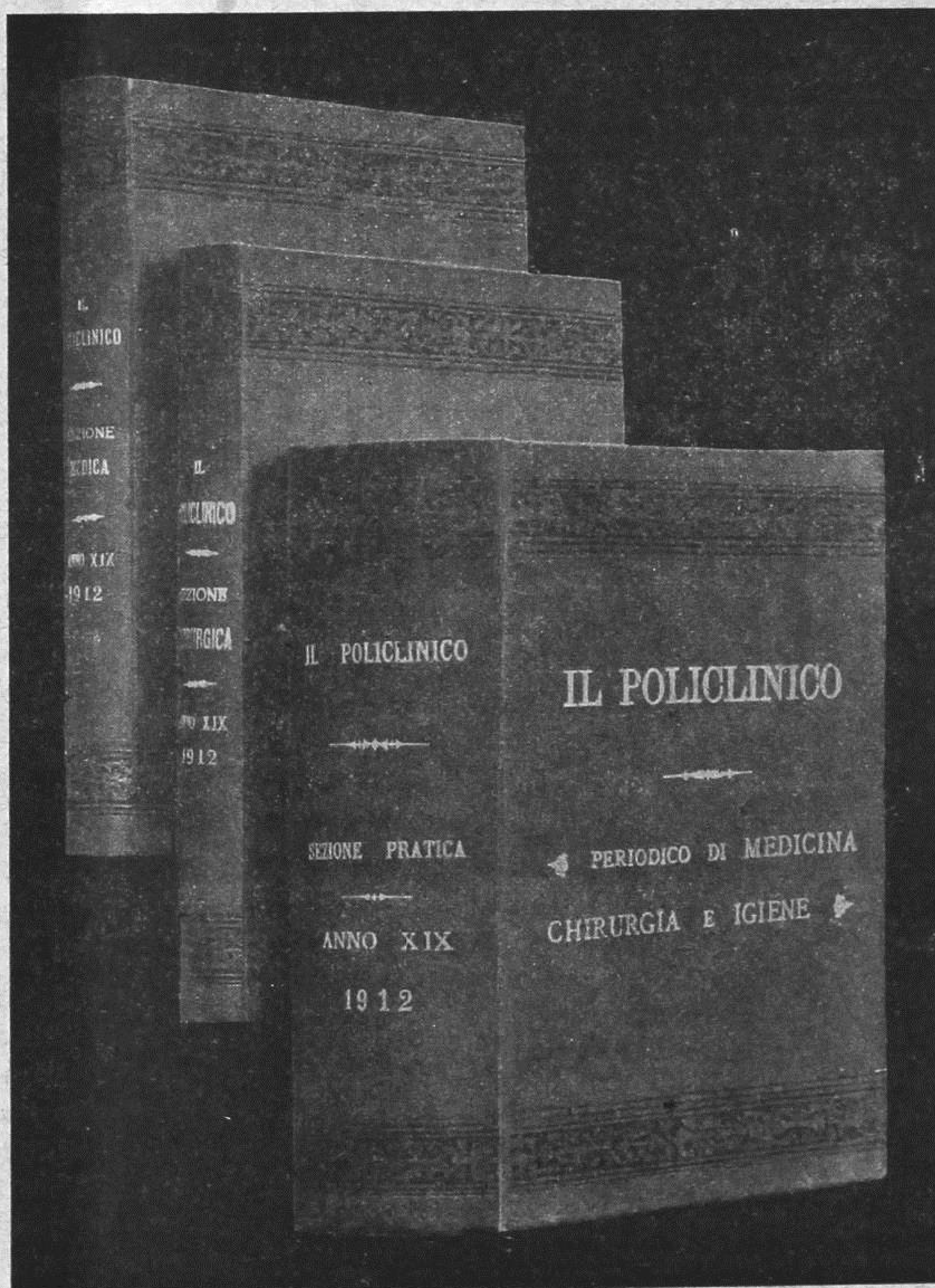
Abbonamento annuo: Italia **L. 6** - Estero **Fr. 8** — Per gli abbonati al **Policlinico** Italia **L. 4** - Estero **Fr. 6**

☞ LE COPERTINE IN TELA per rilegare il "Policlinico„

Questi *facsimili* danno una idea delle copertine che la nostra Amministrazione offre agli Abbonati, per rilegare in volume ciascuna delle tre sezioni del giornale. Sono in tela finissima, color *rosso-lacca*, con fregi in nero e iscrizione in oro, di aspetto serio quale si conviene a un periodico scientifico, e nel medesimo tempo elegantissime.

Ognuna di queste copertine, se si dovesse eseguire per ordinazione diretta degli Abbonati, costerebbe non meno di **cinque** lire, ma stante il numero rilevante di esemplari ordinati dalla nostra Amministrazione, siamo in grado di offrire ciascuna delle medesime **(dell'Annata 1916** o del **1917)**, franche di porto e raccomandate, per l'Italia a sole L. **1.90** e per l'Estero L. **2.50.**

AVVERTENZA. Rimettere l'importo mediante Cartolina-Vaglia, non effettuandosi spedizioni gravate di assegno.



☞ **Per ottenere quanto sopra inviare Cartolina-Vaglia sempre DIRETTAMENTE ed ESCLUSIVAMENTE al Prof. Enrico Morelli, Via Sistina, 14 — ROMA.**

Anno XXIV. Roma, 8 aprile 1917 Fasc. 15.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CHIRURGICO DA GUERRA 24 DELLA CROCE ROSSA ITALIANA.

Sul rovesciamento dei proiettili austriaci da fucile

per il Prof. IGNAZIO SCALONE, direttore.

Facendo seguito alle due note dell'ill.mo amico prof. Alessandri pubblicate in questo periodico, riporto anch'io due casi osservati molto recentemente in seguito alla nostra ultima azione sul Carso (10-11 ottobre) per dimostrare non solo la veridicità delle osservazioni del prof. Alessandri ma il sistema continuato di far uso di tali proiettili rovesciati su tutte le fronti, rendendoli ancora più disastrosi coll'aggiungere al rovesciamento altre alterazioni nella compagine del proiettile stesso.

Il contributo chirurgico che viene dai nostri ospedali alla dimostrazione delle perfidia del nemico ha pochissimo valore scientifico, ne ha uno grandissimo dal lato morale per cui sarebbe giusto che la conoscenza di tali osservazioni sia estesa fuori della cerchia medica per mezzo dei giornali non scientifici.

Oss. I. — M... B..., soldato del... regg. fanteria, ferito il giorno 11 ottobre a Vertoiba. Presenta: ampia ferita a striscio al lato posteriore della regione deltoidea sinistra, la quale, incavandosi sempre più a canale, immette in un orifizio di entrata della ampiezza di poco più di una moneta da dieci centesimi; il tragitto decorre profondamente nella massa muscolare della fossa sopraspinosa e si apre dopo un percorso orizzontale di circa 18 cm. in vicinanza del solco interscapolare, presso la linea mediana, con un secondo orifizio anche questo ampio, leggermente squarciato, della ampiezza uguale a quella del forame d'entrata; di fronte al forame d'uscita, dall'altra parte della linea mediana, un secondo forame d'entrata separato da quest'ultimo per la distanza di appena 5 cm. rappresentata dal solco incavato della scapola e terminante a fondo cieco dopo un tragitto di circa 10 cm. alla fossa sopraspinosa di destra.

La regione scapolare di sinistra è sollevata da un cospicuo ematoma sottoaponeurotico che solleva la regione suddetta di circa sei centimetri dal piano normale.

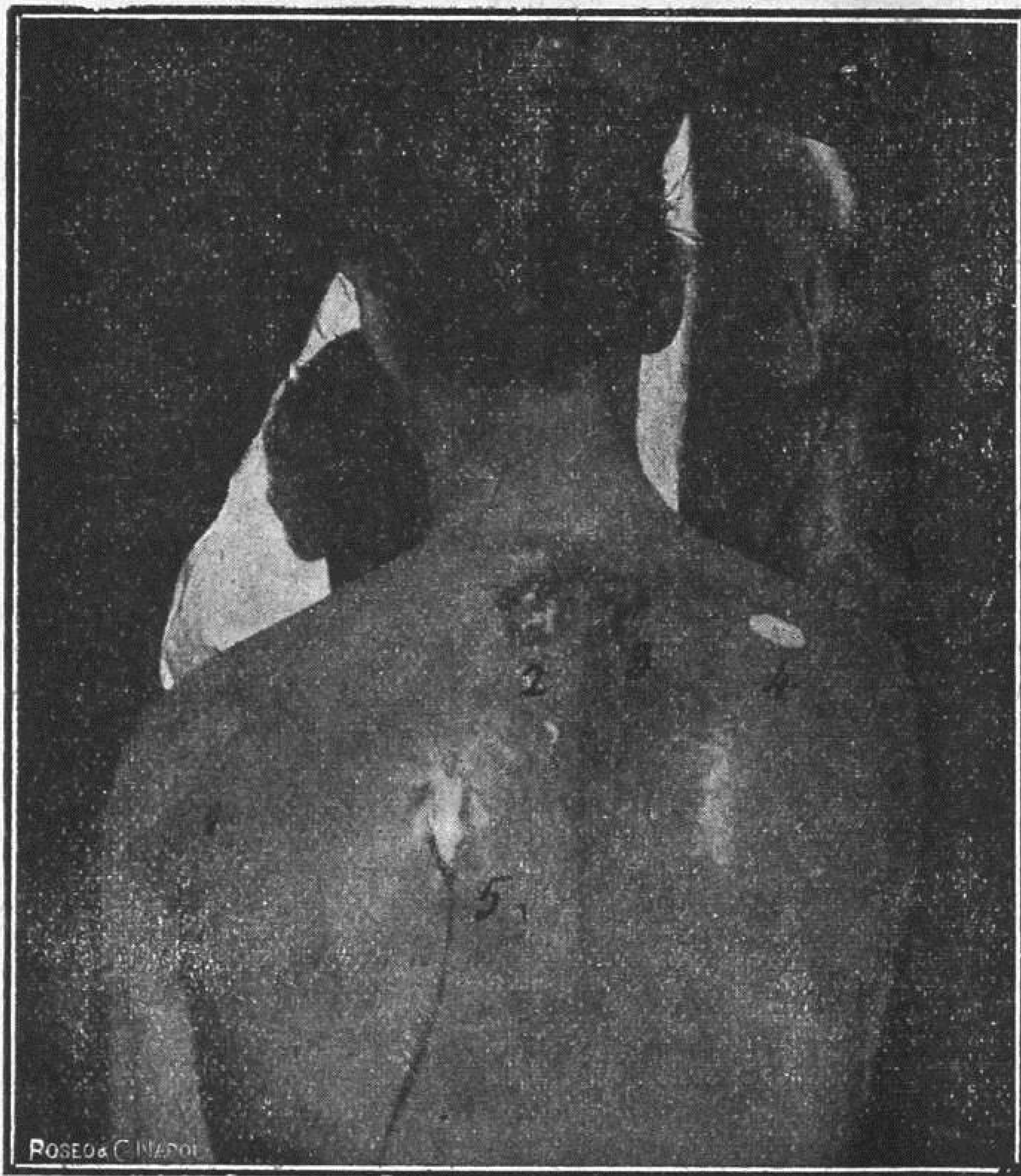


Fig. I

I fatti locali di sepsi mi spingono a fare una controapertura in basso della fossa sottospinosa fino all'osso ed alla estrazione del proiettile per mezzo di una seconda incisione corrispondente al fondo cieco del secondo tragitto e segnata al n. 4 della fotografia. Il proiettile vien fuori per la base colla punta rivolta verso il secondo forame d'entrata.

All'esame esso risulta come vedesi alla lettera A della fotografia: proiettile ordinario da fucile austriaco; in una zona è praticata una incisione la quale partendo dalla base della camicia la percorre per i 2/3 verso la punta del proiettile, profonda al nucleo di piombo; per tutta la lunghezza della incisione la camicia è squarciata e sollevata quasi a lembo mettendo a nudo il nucleo centrale alquanto deformato. La linea di intaccatura della camicia va al di là del sollevamento a lembo ed ha un decorso regolare, rettilineo, come tutto il resto della linea stessa, come vedesi bene dalla piccola fotografia (fig. II-A).

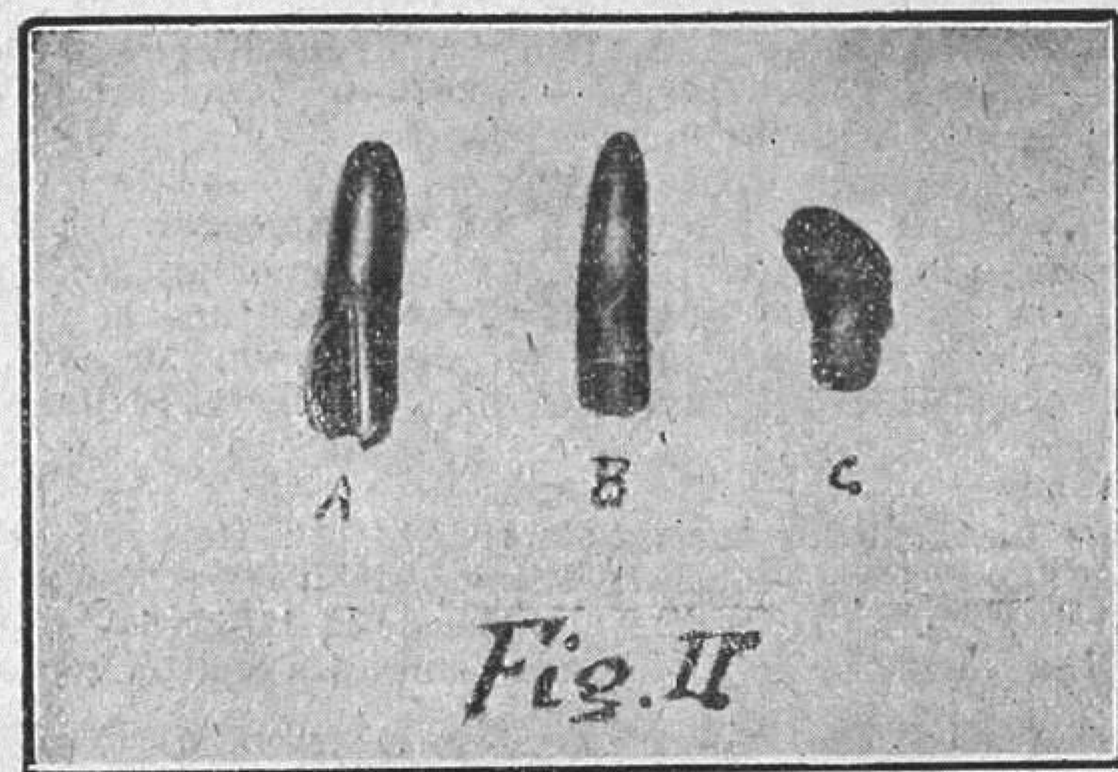


Fig. II

Oss. — R... G..., soldato del... regg. fanteria, ferito a Vertoiba da pallottole di fucile il giorno 11 ottobre. Arriva la notte dello stesso giorno al mio ospedale; è medicato la mattina seguente. Presenta ferita a canale incompleto con forame d'entrata alla regione laterale esterna deltoidea e sospetto di penetrazione intrarticolare; sublussazione dell'omero in avanti. Riduzione immediata della lussazione ed apparecchio immobilizzante provvisorio. Il giorno 18 esame radiologico col seguente reperto: «pallottola di fucile a circa 5 cm. sotto la cute, posteriormente al collo chirurgico dell'omero: il proiettile sta rivoltato colla base verso l'articolazione e la punta in direzione del forame d'entrata.

Data una leggera sepsi della ferita, il giorno 21, sotto narcosi eterea, si procede alla estrazione del proiettile per una incisione attraverso il forame d'entrata: esso si trova a ridosso della capsula articolare nel segmento posteriore di questa e lo si estrae rivoltato dalla punta così come si vede dalla figura III.

All'esame, il proiettile si trova privo di camicia, ridotto al solo nucleo di piombo incurvato lievemente da un lato (v. fig. II-B).

Con una radioscopia consecutiva mi sono accertato che la camicia non era rimasta in seno ai tessuti.

E giacchè la frequenza di tali proiettili scamiciati può avere ancora il suo significato, mi piace riportare questa

OSS. III. — M... L..., soldato del ... regg. fanteria, ferito a Vertoiba il giorno 11 ottobre da pallottola di fucile. Presenta forame d'entrata a 5 cm. all'esterno ed in basso della spina della scapola destra. Permanenza del proiettile alla regione paravertebrale sinistra. Espettorazione sanguinolenta; nessun versamento pleurico apprezzabile.

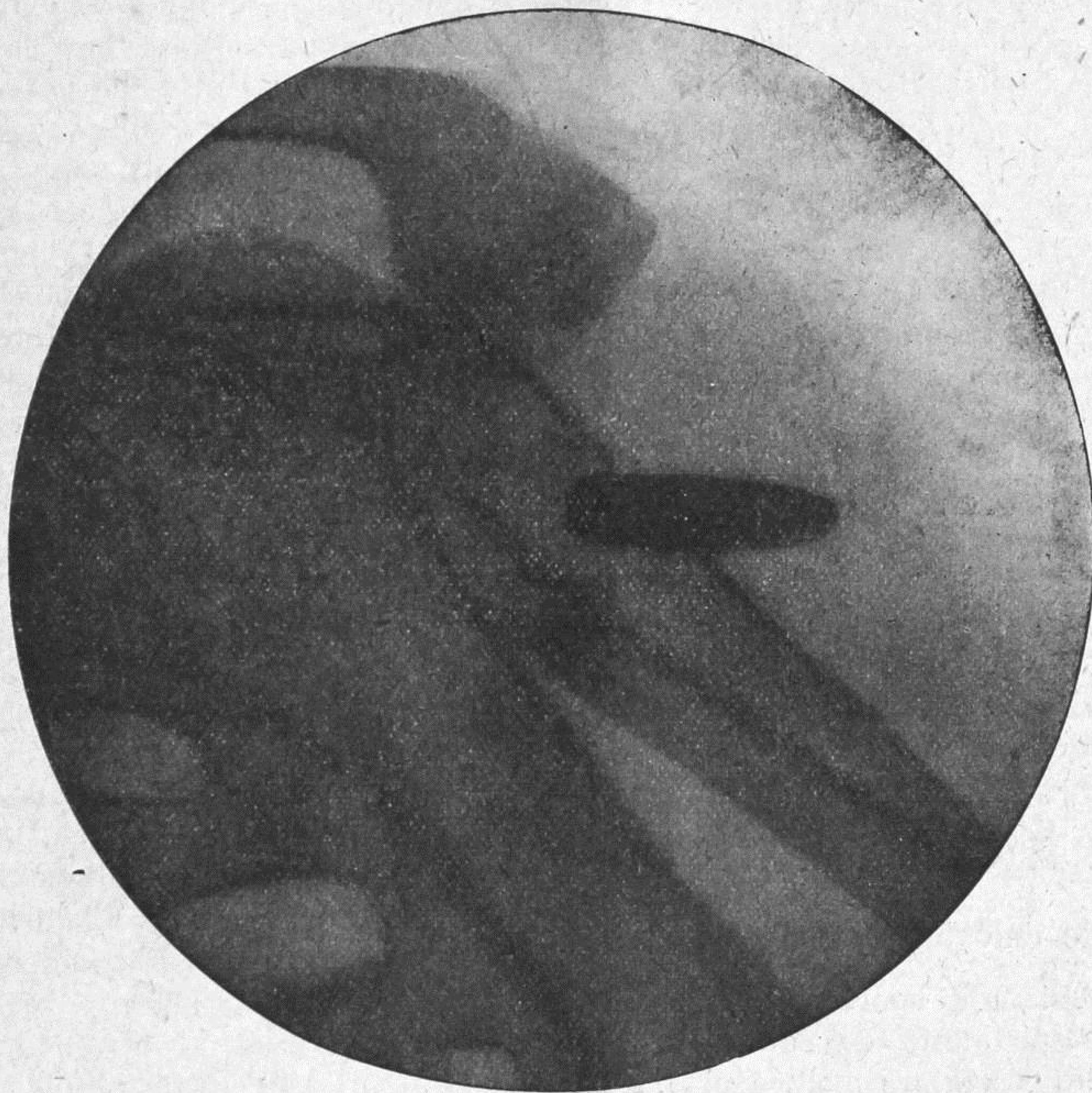


Fig. III.

Lo stesso giorno si procede alla estrazione del proiettile, il quale viene facilmente scambiato per pallottola di shrapnell; l'esame più accurato ci fa riconoscere un proiettile di fucile, scamiciato, il cui nucleo di piombo è stato fortemente deformato, come vedesi alla fig. II-*c*.

Non fanno bisogno molte considerazioni: basta far rilevare come la presenza dei proiettili rovesciati dentro i tessuti sia un reperto non indifferente come frequenza, a cui si aggiungono due aggravanti: la dum-dumizzazione, come nella mia prima osservazione e lo scamiciamento, come nelle altre due.

Riguardo al rovesciamento, sappiamo che il Monroe, fin dal novembre del 1915, a proposito di alcuni appunti sui caratteri e sulla cura delle ferite in guerra espressi in *The Canadian Medical Association Journal*, scriveva che non raramente il proiettile del fucile tedesco produce gravi lacerazioni dei tessuti, anche a notevoli distanze, *sia perchè esso gira sul suo asse trasversale*, allorchè incontra resistenze ineguali, essendo il suo centro di gravità vicino alla base, *sia perchè molti soldati hanno l'abitudine di rovesciare la palla* in modo che questa penetra nei tessuti non con la punta ma per la base.

Anche il Tuffier ha concorso alla dimostrazione che il rovesciamento può essere fatto individualmente dal soldato; il prof. Alessandri, infine, ha avuto l'occasione di essere in possesso di un proiettile rovesciato dal cui esame egli deduce che *probabilmente i proiettili vengano distribuiti già così confezionati.*

Io adesso aggiungo il reperto della intaccatura della camicia la quale per il decorso lineare, per la regolarità con cui è stata prodotta non può essere un effetto accidentale causato durante la traiettoria o per forza di resistenze. Col rovesciamento del proiettile e colla dum-dumizzazione artificiale si ottengono evidentemente i più larghi squarciamenti nell'interno dei tes-

suti con ampii e irregolari orifizii d'entrata e d'uscita come nella mia Iª osservazione.

L'avere trovato nella IIª e IIIª oss. dei proiettili scamiciati, dei quali uno chiaramente rovesciato come vedesi alla radiografia e come ci fece constatare il reperto operatorio, ci fa pensare a due possibilità: una, allo scamiciamento accidentale durante la traiettoria; l'altra che possano essere usati scamiciati per la maggiore potenza offensiva, dato che la distanza breve del bersaglio da colpire, nella guerra di trincea, può fare transigere sulla velocità e sulla precisione di tiro che si ottiene col proiettile camiciato quando l'arma è esplosa a grande distanza.

L'impiego del solo nucleo di piombo può rendere più facile il rovesciamento del proiettile nell'interno della cartuccia e può essere anche un espediente di risparmio di materiale.

Se lo scamiciamento avviene durante la traiettoria, bisogna pensare che esso ha luogo più facilmente allorquando il proiettile parte rovesciato dalla cartuccia che non quando esso cammini colla punta rivolta in avanti.

Delle osservazioni che ogni giorno facciamo a danno dei nostri feriti, se i nostri nemici fossero innocenti, non hanno che scusarci delle... malevoli intenzioni e giudizi verso di loro.

Zona di guerra, 15 novembre 1916.

NOTE E CONTRIBUTI.

Il laccio emostatico Pomponi.

Ho avuto occasione di sperimentare per circa due mesi nell'Ospedaletto da campo n. 18 il laccio ideato dal maggiore medico prof. Pomponi per la emostasi temporanea degli arti. (V. *Policlinico*, anni 1909-10).

Il laccio *pneumatico* Pomponi è costituito nella sua parte essenziale da una camera d'aria di gomma della specie di quelle usate per biciclette e, come queste, ha un beccuccio con valvola pel quale può la camera d'aria stessa essere riempita con una comune pompa pneumatica. La camera d'aria suddetta è protetta in tutta la sua estensione da una guaina di tela forte. Un forte fermaglio a vite con due fessure adatte al passaggio delle due estremità della camera d'aria, serve a fissare l'apparecchio allorchè viene posto in opera; tale vite si stringe solidamente quando la camera d'aria sia stata disposta e ben tesa circolarmente nel punto su cui si vuole arrestare la circolazione del sangue. Posto in opera l'apparecchio vi si immette l'aria colla pompa pneumatica e si continua finchè la pressione raggiunta sia sufficiente all'arresto della circolazione stessa; in genere bastano poche escursioni dello stantuffo della pompa per raggiungere l'effetto voluto.

Tale apparecchio ha indubbiamente importanti vantaggi sul comune laccio emostatico: vantaggi che ritengo utile enumerare:

1° *Facilità di applicazione*: Mentre il comune laccio emostatico attualmente in uso richiede una brutalità di manovra particolarmente antipatica, il più delle volte assai dolorosa ed il completo denudamento della parte su cui si vuol applicare; il laccio Pomponi invece può applicarsi con tutta dolcezza anche lasciando in sito i comuni indumenti.

2° *Innocuità*: Tutti sanno quale azione fortemente traumatizzante abbia il comune laccio emostatico sui tegumenti e sui tessuti molli ad esso costretti; tale azione non si verifica affatto col laccio Pomponi col quale viene ad esercitarsi una eguale pressione su tutti i punti, senza stiramenti di sorta.

3° *Facilità di controllo*: Una volta a posto il nuovo laccio Pomponi può essere continuamente controllato permettendo l'aumento o la diminuzione della pressione a seconda delle circostanze. Ciò può riuscire di grande utilità specialmente nei lunghi trasporti di un ferito, quando cioè il laccio debba esser mantenuto in sito per parechie ore.

In tal caso ed ove le condizioni locali della ferita lo permettano, si può lasciare afflosciare per qualche secondo il laccio onde vitalizzare l'arto e poi ritornarlo alla primitiva pressione.

Debbo aggiungere qualche considerazione per quel che riguarda l'uso del laccio Pomponi nelle Unità ospedaliere in occasione di interventi demolitori. In questa occasione pure persistono i vantaggi sopra elencati e anzi ve ne ha uno in più in quanto il laccio può essere applicato molto per tempo e lasciato floscio fino al momento dell'inizio dell'operazione; cosicchè delimitato il campo operatorio, non v'ha più bisogno di una manovra che facilmente tende ad inquinarlo; inoltre il tempo di permanenza del laccio stesso viene a essere ridotto al minimo possibile.

Vi sono però dei casi in cui l'applicazione del laccio Pomponi, mi sembra, se non controindicata, certo suscettibile di essere considerata sotto uno speciale riguardo prudenziale. Quando ad esempio si applichi il laccio alla radice di un arto colpito da gangrena vasale per cui venga a mancare il polso della radiale (se trattisi di arto superiore) o della pedidia o della tibiale posteriore (se trattisi di arti inferiori) può accadere che si sia convinti di aver raggiunto la pressione necessaria all'interruzione

del circolo, mentre di fatto questa interruzione non si è completamente ottenuta, ed alla prima incisione cutanea può vedersi il sangue uscire in zampilli.

Un'eventualità analoga può verificarsi ove la radice dell'arto si presenti fortemente edematosa così da rendere meno efficace la pressione esercitata dal laccio. Ad ambedue queste possibili contingenze si può però facilmente ovviare mantenendo montata sulla camera d'aria la pompetta pneumatica e facendola prontamente agire da un infermiere ove si manifesti la necessità di aumentare convenientemente la pressione.

Va da sè che l'apparecchio debba esser ben costruito con materiale di prima qualità e tenuto costantemente sotto sorveglianza di perfetto funzionamento, specialmente per quanto riguarda la perfetta tenuta della camera d'aria ed il perfetto funzionamento della valvola; per quanto la perfezione raggiunta nella costruzione di apparecchi di tal genere dia ormai completo affidamento di ottima riuscita.

Avevo scritto queste poche note sul laccio Pomponi quando nel n. 8 del *Policlinico* (Sezione pratica) è apparsa la proposta del prof. Soresi di New York di praticare l'emostasi temporanea a mezzo di palloncini elastici convenientemente costrutti. A mio parere il laccio pneumatico del prof. Pomponi deve essere ritenuto preferibile per molti punti di vista e principalmente pel fatto che può essere applicato da chiunque, mentre per i palloncini del Soresi occorrono precise cognizioni anatomiche sul decorso del vasi: cognizioni che non sono purtroppo alla portata di tutti. Inoltre debbono valere al riguardo dell'uso di questi palloncini le stesse obiezioni che furono un tempo rivolte contro il classico torcolare di Petit, cui quei palloncini possono per molti aspetti rassomigliarsi.

Le stesse ragioni pertanto che determinarono il trionfo del laccio emostatico circolare di Ersmark sul torcolare di Petit debbono oggi valere a far preferire il laccio Pomponi ai palloncini del Soresi.

Vittorio Calò Capitano Medico.

RIVISTE SINTETICHE.

Dott. Prof. Vasco Forlì.

Qualche nozione recente intorno alla dissenteria.

Già da tempo sono state distinte, nel grande quadro morboso della dissenteria, due forme della affezione essenzialmente diverse non tanto, per i loro caratteri clinici, quanto per l'agente morboso da cui esse sono determinate: la dissenteria amebica e la dissenteria bacillare. Assai meno importanti sono le sindromi dissenteriche determinate da altri germi: spirilli (Le Dantec), coccobacilli (Lesage, Métin), balantidium coli (Strong, Musgrave), bilharzia (Firket), chilodon dentatus (Guiart), enterococco di Thiercelin, bacillo piocianico, proteus vulgaris, tricomonas, cercomonas, lamblia, ecc.

La dissenteria amebica è stata finora considerata come una malattia propria dei paesi tropicali e paratropicali quantunque siano stati descritti casi sporadici e piccoli focolai di epidemia anche in paesi di clima temperato o freddo (Grecia, Italia, Francia, Germania, Inghilterra, ecc.). La guerra ne ha fatto però una malattia assai diffusa nelle nostre regioni, ciò che va messo in rapporto principalmente con la venuta in Europa di truppe coloniali.

Le nozioni intorno alla ameba che dà luogo alla malattia sono di data sufficientemente antica. La presenza di amebe ad azione patogena nell'intestino fu segnalata infatti da Lambl nel 1859, da Leuckardt nel 1863, da Lewis nel 1870; ma è merito di Loesch di aver ritrovato le amebe nelle feci di un individuo affetto da dissenteria, e di aver riprodotto sperimentalmente nel cane la malattia. Fra gli studi posteriori i più importanti sono, senza dubbio, quelli di Schaudinn (1903) che portavano a distinguere l'A. coli, non patogena, dalla A. hystolytica che è causa della dissenteria. Nel 1907 Viereck credette di aver scoperto una terza specie di entameba, la tetragena, anche essa capace di dar luogo alla malattia; ma gli studi ulteriori (Hartmann, Kuehnen e Schwellengrebel, Akashi, Darling, Walker, ecc.) portano a ritenere che si tratti solo di un aspetto differente della A. histolytica. Una conclusione analoga fu tratta riguardo a numerose altre entamebe (E. minuta di Elbassian, E. nipponensis di Koidzumi; E. brasiliensis di Aragao, E. williamsi, hartmanni, buetschlii di Prowazek) descritte da vari autori e rivelatesi, ad una osservazione più accurata, quali forme rare o

quali stadi di sviluppo della E. coli o della E. histolytica.

In base alle più recenti osservazioni rientrerebbero dunque nel ciclo vitale della ameba dissenterica, tanto la forma histolytica quanto la tetragena, come pure le cisti che da entrambe derivano e che appaiono perfettamente identiche. Per la A. minuta invece è ancora dubbio se essa appartenga al ciclo vitale della ameba patogena o a quella della innocua A. coli (Jollos).

La amebiasi intestinale va considerata come un'affezione cronica, della quale le acute crisi dissenteriche sono semplici fasi (Mauté). Nelle forme tipiche della crisi possono venire distinti tre periodi, e cioè:

1° Il periodo della diarrea premonitoria, assai raro a riscontrarsi, durante il quale si rileva malessere, sete, amoressia, defecazioni frequenti.

2° Il periodo dissenterico propriamente detto, caratterizzato essenzialmente da dolori colici, tenesmo rettale, frequenza notevolissima delle evacuazioni (fino a 100 scariche al giorno).

3° Il periodo della diarrea di ritorno, durante il quale le scariche si fanno meno intense e meno frequenti e le feci riprendono grado a grado l'aspetto normale. Dal punto di vista della durata, la dissenteria può venire distinta in acuta e cronica; con riferimento alla gravità del male si parla di dissenteria latente, mite (abortiva), grave, gravissima (fulminea, cangrenosa, coleriforme); riguardo al predominio di un sintoma o di un gruppo di sintomi si differenziano le forme in biliosa, emorragica, colerica o algida, tifoide, ulcerosa, gangrenosa.

Le complicazioni possono essere immediate (artriti, flebiti, arteriti) e lontane (ascesso del fegato, del cervello, della milza, del polmone; appendicite amebica, anemia grave, malattie nervose, stenosi intestinale). La alterazione anatomica caratteristica è costituita dalle ulcerazioni nell'intestino crasso. Il medicamento specifico contro la malattia è rappresentato dal cloridrato di emetina, che può venire somministrato per bocca, in capsule di cheratina, ma che riesce assai più efficace per via endomuscolare o endovenosa.

Tutte queste nozioni sono esposte con tanta chiarezza e precisione nella monografia del prof. Gabbi che è superfluo tornarvi sopra.

*
* *

A differenza della forma precedente la dissenteria bacillare è invece da più lungo tempo nota come una malattia diffusa in tutto il mondo. Negli ultimi anni del secolo scorso le ricerche intese a determinare l'agente specifico della malattia si moltiplicarono attivamente, e numerosi autori (Klebs, Ziegler, Ogata, De Silvestri, Chantemesse e Widal, Maggiora, Celli, Grigorieff, ecc.) isolarono germi cui attribuirono lo svolgersi della dissenteria. Alle opinioni contradditorie in proposito posero fine le ricerche di Shiga, il quale, nel 1898, isolò dalle feci e dalle ghiandole mesenteriche di individui affetti da dissenteria un bacillo la cui importanza veniva dimostrata, oltre che dalla costante presenza, dalla sua agglutinazione per opera del siero degli infermi. Due anni più tardi Kruse confermò l'importanza etiologica di questo bacillo, precisandone i caratteri; e bastò questo al Lentz perchè egli proponesse la denominazione di bacillo di Shiga-Kruse, denominazione che gli autori tedeschi diffusero e che è stata accolta anche negli altri paesi, quantunque qualche voce isolata si sia levata contro di essa, preferendo quella di B. di Shiga. Ricordiamo a proposito delle questioni di priorità svoltesi intorno alla scoperta del germe della dissenteria, come il Celli abbia ripetutamente rivendicato a sè il merito della scoperta; ma, secondo il Lentz, questo tentativo non sarebbe riuscito. Il Lentz si esprime diversamente a proposito della rivendicazione di priorità avanzata da Chantemesse e Widal; egli riconosce infatti, specie in seguito alla testimonianza di Dopter, che i due autori francesi avevano realmente, nel 1888, isolato il germe della dissenteria, ma insiste, ciò malgrado, nel mantenere la denominazione di B. di Shiga-Kruse.

Ricerche ulteriori hanno dimostrato che epidemie di dissenteria sono state provocate anche da altri germi i quali, pur presentando caratteri morfologici simili a quelli del B. di Shiga, se ne differenziano per proprietà culturali e per la specificità di fronte alla sieroagglutinazione. Nei trattati vengono menzionati i bacilli di Flexner, di Strong e di Hiss-Russel; i quali tutti, a differenza del B. di Shiga, colorano in rosso speciali terreni nutritizi laccamuffati (d'onde la denominazione di B. acidogeni, mentre il B. di Shiga viene detto non acidogeno). Altra caratteristica speciale del B. di Shiga e che lo differenzia da tutti i congeneri, è la tossicità dei suoi prodotti; esso infatti sviluppa un veleno che, iniettato nei conigli, determina paralisi degli arti. La presenza di questa sostanza tossica chiarisce l'osservazione, già più volte fatta, che le epidemie di dissenteria dovute al B. di Shiga abbondano di forme gravi e danno una percentuale elevata di mortalità. Tuttavia non mancano osservazioni di epidemie a carattere benigno dovute al B. Shiga (per es.

i casi osservati recentemente da Izar), e di epidemie gravi dovute invece all'uno o all'altro dei suoi congeneri acidogeni.

Dal punto di vista clinico la dissenteria bacillare va considerata come una malattia a decorso acuto. Talora si ha un breve periodo iniziale, caratterizzato da malessere, debolezza generale, disturbi digestivi, dolori addominali; altre volte invece si manifestano improvvisamente dolori colici, tenesmo, e scariche diarroiche frequentissime (fino a 200 e più nelle 24 ore) costituite da muco e sangue e, nei casi gravi, da pus e da lembi di mucosa intestinale. La durata della malattia è di 4-8 giorni per i casi lievi, 15-30 per i casi gravi. Il miglioramento suole manifestarsi in maniera rapida, ma sono frequenti le recidive. Non di rado si svolgono complicazioni: tendo-sinoviti, artriti, fatti irritativi a carico della pleura e del peritoneo, congiuntiviti, cheratiti, iridocicliti, uretriti, nevriti, ecc. Sono stati osservati anche processi suppurativi a carico del fegato; però, a differenza di quanto accade nella dissenteria amebica, si tratta di ascessi piccoli e multipli. L'esame anatomo-patologico dimostra la esistenza di una infiammazione a carattere difterico che ha sede nell'intestino crasso, e che solo raramente si estende al cieco ed all'ultima porzione dell'ileo. La cura medicamentosa è rappresentata dalla somministrazione, per bocca, di astringenti, di assorbenti (carbone, argilla bianca sterilizzata, ecc.), di oppiacei; dalla applicazione di supposte alla belladonna; dai lavaggi intestinali con soluzione fisiologica, permanganato, nitrato d'argento; dal largo uso di cardiocinetici e di ipodermoclisi, ecc. Ma già da vari anni è in uso la terapia specifica mediante sieri e vaccini, e di essa da vari autori (Shiga, Kruse, Rosenthal, Vaillard e Dopter, Kraus, Ascoli M., ecc.) vennero lodati i risultati.

Anche per quanto riguarda la dissenteria bacillare ci sembra superfluo indugiarci su nozioni già ampiamente svolte nei trattati e in pubblicazioni non recentissime. Riteniamo invece opportuno richiamare l'attenzione su osservazioni, deduzioni, quesiti, che scaturiscono dagli studi più recenti e che si riferiscono ad entrambe le forme di dissenteria.

* * *

Abbiamo già detto come, fino allo scoppio dell'attuale conflagrazione, si ritenesse eccezionale la dissenteria amebica nei nostri paesi. L'esperienza recente ha dimostrato invece che, con l'intervento di truppe coloniali sui campi di battaglia europei, l'amebiasi intestinale si è moltiplicata. Ravaut e Krolunitsky l'hanno riscontrata, fin dall'agosto 1915, in soldati appartenenti a reggimenti diversi, ma specialmente a quelli che erano stati di residenza al Marocco o in altre colonie, oppure che avevano preso posto in trincee e bivacchi precedentemente occupati da truppe coloniali. Casi di amebiasi furono segnalati più tardi da Job, Rist. Rathery in altri punti del fronte franco-tedesco; Richet constatò la malattia nella penisola di Gallipoli, donde fu importata in Inghilterra; e a Milano, nell'ospedale militare di riserva di S. Barnaba, ne furono ricoverati due casi.

Queste osservazioni tendono ad ampliare il campo, finora relativamente ristretto, assegnato alla amebiasi intestinale, sulla importanza della quale, del resto, il Vallardi insisteva, notando come le nostre truppe di Libia fossero state largamente provate dalla malattia, e consigliando di tenerne conto tra le forme infettive per le quali debbono adottarsi provvedimenti profilattici.

A questo proposito va tenuta presente anche una recente constatazione di Ravaut e Krolunitzky. Questi autori hanno osservato individui affetti da dissenteria, nelle feci dei quali le ricerche di laboratorio praticate da Roussel, Broulé, Barat e Marie avevano rivelato tutta una serie di bacilli dissenterici; ma ciò malgrado i pazienti non risentivano alcun vantaggio dalla sieroterapia mentre miglioravano sensibilmente con la cura sintomatica e specialmente con i clisteri di nitrato d'argento. Inoltre, sia il quadro clinico, sia le reazioni agglutinanti, non coincidevano perfettamente con quanto suole riscontrarsi nella dissenteria bacillare. Un accurato esame delle feci degli infermi consentì di rilevare la presenza della ameba istolitica. In questi casi i bacilli dissenterici non erano, secondo gli autori, gli agenti determinanti della malattia, ma si comportavano come veri saprofiti, evolvendo parallelamente ad altri parassiti, ben conosciuti appunto come saprofiti, e la cui presenza è già stata rilevata nel corso della crisi dissenterica.

Osservazioni analoghe hanno fatto Dopter, Denier, ecc.; e Salomon ha affermato che non di rado la dissenteria amebica si impianta sulla bacillare. Risulta da ciò che la constatata presenza del bacillo dissenterico nelle feci non è sufficiente per affermare la origine bacillare della malattia. Occorre, per essere certi della diagnosi, escludere che esistano, accanto ai bacilli, le amebe patogene; e la ricerca di queste non deve venire trascurata, dato che l'amebiasi

intestinale si è rivelata più frequente di quanto si potesse supporre. Solo quando tale indagine verrà praticata in maniera sistematica potrà venire accertata la frequenza rispettiva delle due forme di dissenteria.

La ricerca microscopica delle amebe si presenta ordinariamente facile, allorchè essa viene praticata nelle feci appena emesse, in un momento cioè in cui le amebe sono ancora allo stato mobile. È consigliabile di prelevare, per l'esame, i punti purulenti delle scariche, punti che è facile riconoscere e deporre sul vetrino aspirando il materiale a mezzo di una pipetta di vetro. Le amebe si presentano come corpuscoli refrangenti, e sono talora assai numerose, talora invece, specie verso la fine della crisi, assai scarse. Praticamente è superfluo indugiarsi alla ricerca delle forme rare di ameba, quali ad esempio l'A. minuta; basta riconoscere la A. istolitica e la tetragena (che verosimilmente sono, come innanzi si è detto, stadi diversi di un'unica specie) e differenziarle dalla A. coli, non patogena. L'A. istolitica, assai più frequente della tetragena, differisce da questa, oltre che pei movimenti più rapidi, per la assenza apparente del nucleo; essa è costituita da un endoplasma grigiastro circondato da ectoplasma brillante, e presenta d'ordinario numerose inclusioni di globuli rossi. La tetragena contiene anch'essa, qualche volta, emazie, ma in numero minore dell'istolitica; l'ectoplasma e l'endoplasma sono nettamente distinguibili, il nucleo assai appariscente. La A. coli ha ectoplasma ed endoplasma grigiastri mal differenziabili, nucleo nettamente visibile, movimenti assai lenti, e solo eccezionalmente può, secondo qualche autore, fagocitare scarsi globuli rossi. Non è possibile confondere l'A. coli con l'istolitica, dato che in quest'ultima non è visibile il nucleo; può riuscire invece difficile differenziarla dalla ameba tetragena nel periodo di movimenti lenti che precede la fase di immobilizzazione.

Poco tempo dopo l'emissione delle feci (o anche subito dopo l'emissione, allorchè la crisi dissenterica volge a guarigione) le amebe divengono, grado a grado, sempre meno mobili, perdono l'ectoplasma e si riducono ad una massa rotonda di endoplasma con un nucleo che appare nettamente visibile, anche nell'A. istolitica. In questo stadio riesce difficilissimo il distinguere le amebe patogene dalla A. coli; ed è perfino possibile confondere le amebe con cellule mucose o epiteliali in via di alterazione.

Nei periodi che intercedono fra le crisi dissenteriche le amebe passano ad uno stato di vita latente, cioè allo stato di cisti. Le cisti delle amebe istolitica e tetragena sono perfettamente uguali (ed è questa una delle ragioni per cui la maggior parte degli autori ritiene trattarsi di un'unica specie). Esse si presentano come un piccolo corpo rotondo, rifrangente, del diametro di 8-15 micron, con 1-4 nuclei; e si differenziano facilmente da quelle della A. coli, le quali sono assai più voluminose (fino a 25 micron) e contengono fino a 8 nuclei. La morfologia delle cisti è largamente trattata in un recente lavoro di Ravault e Krolunitsky.

Poichè la ricerca delle amebe mobili nelle feci appena emesse riesce facile, è consigliabile di inviare persona competente, munita di un microscopio a piccolo ingrandimento, fin nella zona dove si trovano gli infermi sospetti, in modo che egli possa procedere all'esame delle feci subito dopo la defecazione, e durante il periodo acuto della crisi dissenterica. La pratica necessaria al riconoscimento delle amebe si acquista facilmente e con rapidità.

Se le feci, invece che essere esaminate sul luogo, vengono inviate ad un laboratorio, le amebe passano alla fase di immobilità; ed è allora, come si è detto, estremamente difficile il riconoscerle.

Data la relativa difficoltà di procedere, per ogni singolo caso, all'esame delle feci appena emesse in un periodo acuto, si comprende agevolmente quanto importante sia, per la diagnosi della dissenteria amebica, la ricerca delle cisti. Il riconoscimento di queste riesce facile; ma non è facile invece il poterle riscontrare nei preparati. Infatti la eliminazione di esse avviene in maniera molto irregolare, sicchè l'esame deve venire ripetuto per vari giorni prima che si possa affermare la negatività del reperto. Si può facilitare la eliminazione della cisti sia somministrando un enteroclisma, sia, come consigliano Ravaut e Krolunitsky, provocando una passeggiera riacutizzazione della enterite mediante una iniezione intravenosa di cianuro di mercurio.

Indagini sistematicamente praticate hanno dimostrato che, nella sua forma cistica, la ameba può rimanere a lungo allo stato di vita latente; e ciò sia nell'intestino dell'uomo, sia nell'ambiente esterno.

Ingerite dall'uomo, le cisti non vengono distrutte dal succo gastrico, sicchè, giunte nell'intestino, possono provocare la malattia; ma esse possono anche rimanervi quali ospiti innocui.

Non solo dunque i dissenterici guariti, ma anche individui sani possono trasmettere i germi, divenendo dei veri seminatori di amebe e di

cisti, tanto più pericolosi quanto meno essi riescono sospetti di dar luogo a contagi. Sembra che il numero dei portatori sani sia relativamente elevato (5 % secondo una statistica di Ravaut e Krolunitsky tratta dall'esame di 200 soldati che erano stati a contatto di dissenterici, senza tuttavia aver mai presentato alcun sintoma dell'affezione); sicchè apparirebbe consigliabile, nelle zone ove esistono focolai di dissenteria amebica, praticare sistematicamente la ricerca delle cisti negli individui autorizzati a recarsi in zone non infette.

Il medicamento di scelta contro la dissenteria amebica è costituito, come si è detto innanzi, dalla emetina. Nei due casi riscontrati a Milano nell'ospedale militare di S. Barnaba i risultati ottenuti con essa sono stati splendidi. Anche nella cura dell'ascesso epatico si ottengono, secondo Spittel, effetti soddisfacenti adoperando il medicamento col metodo proposto da Roger (aspirazione del pus ed iniezione di emetina nel cavo ascessuale). Tuttavia anche l'emetina può presentare qualche inconveniente e cioè produrre debolezza, inappetenza, nausea, e perfino può risultare inefficace. Winn loda la cura delle iniezioni endovenose di salvarsan. Anche Ravaut e Krolunitzky hanno sperimentato l'uso dell'arsenobenzolo, e poichè hanno ottenuto effetti assai soddisfacenti (cessazione della crisi, miglioramento dello stato generale) essi consigliano il trattamento misto emetino-arsenicale. Occorre però rammentare che nessun trattamento vale a distruggere completamente e in modo rapido i parassiti della dissenteria, e che per lungo tempo possono riscontrarsi cisti nelle feci malgrado la completa guarigione clinica. Recentemente Ujihara ha raccomandato di somministrare ai portatori di cisti timolo e filmaron.

* * *

Per quanto riguarda la dissenteria bacillare, risulta dalle pubblicazioni recenti che, nelle feci degli infermi, sono stati riscontrati i vari germi specifici della affezione, e cioè sia quelli non acidogeni (B. di Shiga), sia quelli acidogeni (B. di Flexner, Strong, Hiss-Russel). Secondo Ascoli il germe più diffuso, almeno nel teatro occidentale della guerra, sarebbe il B. di Hiss-Russel, ma è degno di nota il fatto che lo stesso germe è stato frequentemente riscontrato in soldati i quali non avevano presentato alcun disturbo o solo fenomeni morbosi lievi e transitori.

Sono stati però descritti anche altri microrganismi i quali, pur presentando analogie con i bacilli dissenterici, ne differivano per caratteri culturali e sierologici (Remlinger e Dumas, D'Hérelle, Nègre, Sonne, Falta e Hohn). Inoltre, specie in questi ultimi tempi, si è insistito anche sulla possibilità di forme morbose le quali, pur presentando i caratteri clinici della dissenteria, non sarebbero dovute a microrganismi specifici (Ascoli). Quincke sostiene addirittura che la dissenteria non rappresenta una unità etiologica o anatomica, ma un concetto clinico; poichè essa può venir determinata, oltre che dalle amebe, dai bacilli specifici e da altri microbi che sono ordinariamente innocui, anche dalla coprostasi, dalla ingestione di frutta acerbe, da raffreddamenti, ecc.

L'allestimento delle culture batteriche dalle feci degli infermi non riesce difficile a chi abbia sufficiente pratica di laboratorio. Tuttavia sono noti casi di dissenteria indubbiamente bacillare nei quali la ricerca accurata del microrganismo nelle dejezioni è riuscita negativa. Izar recentemente ha insistito sulla possibilità di dimostrare, anche per alcuni di questi casi, la natura specifica della malattia prelevando le feci direttamente dalle ulceri intestinali mediante l'uso del rettoscopio.

È ovvio che, contro la dissenteria bacillare, debbano adoperarsi le misure profilattiche a tutti note. Secondo Zeissler, i portatori dovrebbero venire trattenuti, almeno quando trattasi di epidemia dovuta al B. di Shiga; ma, dato il grandissimo numero di essi (il 50 %, secondo Rumpel), è certo che si incontrerebbero in proposito difficoltà pratiche rilevanti. Tuttavia sarà opportuno ricercare e quindi allontanare o destinare ad altro servizio quei portatori che per le loro speciali occupazioni presentano maggiori pericoli di contagio (personale addetto alla cucina). Poichè la vitalità dei bacilli è scarsa, ed è rara la contaminazione delle acque, le norme profilattiche si rivolgeranno principalmente ad impedire la propagazione a mezzo di oggetti imbrattati di materie fecali, e l'inquinamento dei cibi ad opera delle mosche. Risulterebbe, è vero, dalle ricerche di Fraenkel che i bacilli della dissenteria possono riscontrarsi anche nelle urine, ma è probabile che, dal punto di vista pratico, ciò non meriti speciale considerazione.

La sieroterapia ha dato, senza dubbio, almeno in molti casi, risultati soddisfacenti, ed è stata lodata anche in pubblicazioni recenti (Lentz, Schmidt, Weichardt, Braun, ecc.). Naturalmente la cura migliore è quella con siero omologo, cioè con siero di cavalli immunizzati

mediante punture del germe che produce l'epidemia.

Quando ciò non è possibile si ricorre ai sieri polivalenti. Tuttavia non mancano osservazioni riguardanti casi in cui l'uso del siero, anche in larga dose, non ha prodotto giovamento apprezzabile (Izar). Migliori risultati avrebbe dato, in questi casi, l'uso del vaccino, ma solo quando esso veniva iniettato per via endovenosa.

Buone proprietà assorbenti ha rivelato una miscela di carbone e caolino, preparata dalla Ditta Erba. La somministrazione di questo medicamento (il cui uso è stato propugnato da Ascoli), alla dose di gr. 20-60 al giorno, ha esplicato effetti favorevoli sulla febbre, sulla cefalea, sulla diarrea, e solo in rari casi ha dato luogo a fenomeni di intolleranza (dolori gastrici, vomito).

Eichhorst ha proposto di trattare la dissenteria mediante clisteri di salicilato di sodio al 2 %; e Lutsch, che ha sperimentato il metodo su larga scala, asserisce che il dolore e il tenesmo cessano immediatamente.

Marcovici afferma di aver ottenuto risultati soddisfacenti somministrando tavolette di allphen.

Izar loda la cura locale delle ulceri con l'aiuto del rettoscopio (pennellature di permanganato di potassa al 2 % o di nitrato d'argento all'1 %, e specialmente polverizzazioni di dermatolo).

Parhon, ritenendo che nella dissenteria si presentino sintomi di insufficienza surrenale (adinamia, ipotensione) ha usato, con risultati favorevoli le iniezioni di adrenalina; e Izar, somministrando a goccie tale medicamento, rilevò diminuzione del tenesmo e dei dolori addominali, e rapida cessazione (o addirittura, nei casi trattati precocemente, non comparsa) delle emorragie intestinali. Anche secondo Groer la adrenalina calma i dolori e il tenesmo, previene le emorragie intestinali e determina un senso di benessere.

BIBLIOGRAFIA.

ASCOLI M. *Morgagni*, 1915, pag. 1025.
— *Rif. Med.*, 1915, 8 maggio.
BRAUN. *Münch. Med. W.*, 1914, pag. 2382.
D'ERELLE. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1916, n. 3.
FALTA u. KOHN. *Berl. Kl. W.*, 1915, pag. 622.
FRAENKEL. *Deutsche Med. W.*, 1915, n. 40.
GABBI. *Dissenteria amebica*. Supplem. agli *Annali di med. nav. e col.*, 1916, marzo-aprile.
HARTMANN. *Morphologie und Systematik der Amöben* nel Trattato di Kolle e Wassermann.
JOLLOS. *Archiv. F. Protistenkunde*. Vol. 36, fascicolo 3, 1916.
IZAR. *Policlinico*, Sez. med., 1916, fasc. 4.
— *Riforma Medica*, 1916, n. 46.
LENTZ. *Dysenterie*, nel Trattato di Kolle e Wassermann, Jena, 1913.
— *Berl. Kl. W.*, 1914, pag. 1643.
LUTSCH. *Münch. Med. Wochensch.*, 1914, p. 476.
MARCOVICI. *Wiener Med. W.*, 1915, n. 33.
MAUTÉ. *Presse méd.*, 1916, n. 60.
NÈGRE. Comptes rend. de la Soc. de Biol., 1916, num. 2.
PARHON. Comptes rend. de la Soc. de Biol., 1915, num. 527.
QUINCKE. *Wiener Kl. W.*, 1915, pag. 44.
RAVAUT e KROLUNITSKY. *Presse méd.*, 1916, n. 22.
— *Presse méd.*, 1916, n. 37.
REMLINGER e DUMAS. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1915, n. 10.
RUMPEL. *Berlin. Klin. W.*, 1915, pag. 169.
SALOMON. *Wiener Kl. W.*, 1915, n. 1.
SCHMIDT. *Münch. Med. W.*, 1914, n. 36.
SONNE. *Zbl. f. Bakt.* Vol. 75, fasc. 5-6.
SPITTEL. *Münch. Med. W.*, 1914, pag. 1186.
UJIHARA. *Zeitsch. f. Hyg.* Vol. 77, pag. 329.
VALLARDI. *Policlinico*, supplem., 1915, n. 39.
WEICHARDT. *Münch. Med. W.*, 1914, n. 2087.
WINN. *New York Med. J.*, 1914, n. 33.
ZEISSLER. *Berlin. Kl. W.*, 1915, pag. 169.

MEDICINA SOCIALE.

PROBLEMI DEL DOPO GUERRA.

La riforma dei Brefotrofi.

Dott. MARIO FLAMINI.

Non credo errato il convincimento che, subito dopo la fine della guerra, si inizierà e si compirà rapidamente la risoluzione di una serie di problemi sociali, i quali, già segnalati e discussi da molti anni, non l'hanno ancora trovata, soprattutto per inerzia, da parte di chi avrebbe dovuto assumerne il peso e la responsabilità.

Come il ferro rovente su di una ferita gangrenosa, la guerra potrà guarire molte piaghe sociali. Molte istituzioni, le quali si trascinavano con funzionamento disadatto, o con vitalità stentata, saranno soppresse se inutili, o saranno del tutto riformate e sorgeranno a nuova vita se necessarie.

Gli inconvenienti e le deficienze, che in questo periodo di guerra sono notevolmente aumentati, dovranno produrre delle crisi spesso salutari, poichè, rendendo impossibile il funzionamento di organi indispensabili, dovranno provocare la reazione necessaria, per non determinare la morte dei medesimi.

Tra le istituzioni, che dopo la guerra dovranno radicalmente trasformarsi, stanno certamente i brefotrofi, e la trasformazione di questi farà certo parte di tutta una serie di provvedimenti a beneficio dell'infanzia.

Da tanto tempo è stata notata l'alta mortalità dei bambini, in special modo degli illegittimi: di tanto in tanto le statistiche dimostranti le ecatombi degli esposti hanno provocato, da parte dei governanti, la nomina di commissioni di inchiesta: studi più o meno profondi ed obbiettivi hanno rilevato cause e rimedi, ma al momento opportuno, quando si è dovuto ricorrere alla applicazione di questi ultimi, a stabilire chi dovesse provvedere al pagamento delle somme occorrenti, e quando si è parlato di abbattere sistemi inveterati, ogni iniziativa si è spuntata contro difficoltà che sono sembrate insormontabili.

Nel 1905, sopra 58,000 illegittimi ne sono morti circa 14,000 prima di compiere l'anno di età, mortalità quasi doppia di quella normale de' legittimi in Italia. Ciò vuol dire che in quell'anno circa 7000 bambini sono morti per il solo fatto della loro illegittimità. Da quell'anno la mortalità degli esposti, anzichè diminuire, è andata aumentando, ed in alcuni brefotrofi ha raggiunto e sorpassato il 60 % nei lattanti: e l'aumento progressivo e costante si è talmente accentuato in questi anni di guerra da far pensare prossimo il disastro. È questa possibilità che costituirà il momento benefico, e che affretterà quei provvedimenti che finalmente si impongono in maniera assoluta ed urgente.

La causa dell'aumento progressivo della mortalità degli esposti è data essenzialmente dalla sempre maggiore difficoltà di trovare il numero sufficiente di balie alle quali affidare i lattanti. L'aumento dei salari necessario, al quale non tutti i brefotrofi posson far fronte, il bisogno che vi è ora nei campi di braccia per i lavori agricoli, rendono questa merce umana sempre più difficile a trovarsi. A questo riguardo sono dimostrative le statistiche del Brefotrofio di Roma, le quali rivelano la graduale diminuzione degli affidamenti a balia degli esposti:

Anno	Numero degli esposti nell'anno	Affidati a balia	Percentuale
1010	816	481	59 %
1911	771	519	67 %
1912	860	473	55 %
1913	813	455	56 %
1914	825	370	45 %
1915	810	302	37 %
1916	781	263	33 %

Attualmente sopra 100 bambini solo una trentina riescono a collocarsi presso nutrici in campagna, e pochissimi sono affidati a balia nell'Istituto. Gli altri (più del 50 %) sono posti ad allattamento artificiale, il quale ha un esito veramente disastroso, specialmente nei brefotrofi, quando vi vengano sottoposti neonati di pochi giorni.

Da tutto ciò emerge che nei grandi brefotrofi, nei quali il reclutamento delle nutrici è relativamente più difficile, al povero bambino illegittimo, per il solo fatto della sua esposizione, venga per lo più negato non solo il latte materno, ma anche quello di una balia.

L'alta mortalità degli esposti è dunque in rapporto con il numero elevato dei poppanti « artificiali ». Sopra 515 lattanti morti nel Brefotrofio di Roma nel 1915, solo 39 erano posti ad allattamento naturale (7.50 %), mentre gli altri 476 (92.50 %) erano ad allattamento artificiale. Di questi il 50.50 % furono messi a tal genere di allattamento per mancanza di nutrici.

* * *

In conclusione si deve riconoscere che, allo stato attuale, l'infanzia illegittima viene assistita da istituti, la maggior parte dei quali non possono procurare l'allattamento naturale che a pochissimi bambini, determinando la morte di un'alta percentuale di tutti gli altri. Si tratta quindi di una assistenza spesso errata, che, sotto il manto menzognero della beneficenza, nasconde una impotenza colpevole.

Per diminuire l'alta mortalità degli illegittimi, non vi è che un rimedio: quello di favorire in qualunque modo l'allattamento naturale degli esposti.

A tal uopo il mezzo più efficace consiste nel limitare le esposizioni al massimo grado possibile, nel favorire l'accettazione delle madri illegittime come balie interne, e nell'aumentare, nei limiti del possibile, i salari alle nutrici, sia esterne che interne. Di questi mezzi il più efficace sarà certamente il primo, e per ottenerlo è necessario ricorrere alla indagine amministrativa, sanitaria e morale sullo stato della madre per accertarsi se essa sia in condizioni fisiche da poter allattare il bambino. In tal caso, qualora non esistano speciali ed eccezionali condizioni di indole morale, la madre deve allattare il proprio figliuolo. L'indagine è permessa, poichè nessuna legge la vieta.

La madre illegittima quando può, deve allevare il suo bambino.

I casi nei quali *non può* per ragioni fisiche o morali non sono invero molto frequenti. Una inchiesta personale presso le madri che inviarono il loro bambino al Brefotrofio di Milano fu eseguita nel 1896 dal prof. Grassi, direttore di quell'Istituto; e da questa inchiesta risultò:

1° Che la metà circa delle madri illegittime

erano pluripare, e non cercanti per nulla di mantere il segreto sul loro stato, come non lo erano del resto buona parte delle altre, pur nuove alle vicende della maternità.

2° Che molte di esse rifuggivano dal matrimonio vivendo in concubinato, onde tener aperte ai loro figli presenti e futuri le porte del brefotrofio.

3° Che non poche maritate facevano esulare il coniuge in tempo utile dal tetto domestico, onde assumere le parvenze della nubilità, e cacciare il nascituro fra i figli di ignoti.

4° Che non poche suddite di paesi esteri, ove non è permesso di disconoscere la propria prole, anche se nata fuori di matrimonio, non avevano esitato ad emigrare in Italia poco prima del parto per liberarsi dell'incomodo fardello.

È risultato quindi da tale inchiesta che sono ben poche quelle giovinette, cadute di sorpresa nei lacci della seduzione, abbandonate a sè nel difficile bivio di sacrificare la propria reputazione, o di abbandonare il loro bambino. La maggior parte delle madri illegittime non hanno alcuna ragione di tenersi celate, nè hanno alcuna preoccupazione a mantenere il segreto. Molte di queste madri, se povere, possono essere facilmente indotte ad allevare il proprio bambino mediante la elargizione di un adeguato sussidio: se poi non povere, non si comprende perchè non debbano provvedere esse stesse al mantenimento del figlio che hanno procreato.

***

I brefotrofi sono istituzioni antiche, sorte per iniziativa per lo più religiosa, allo scopo precipuo di nascondere il frutto della colpa, per evitare la vergogna delle madri illegittime, e per evitare anche gli infanticidi. Perciò l'esposizione nei tempi passati era circondata dal più impenetrabile segreto, e ne fa fede *la ruota*, la quale in alcuni brefotrofi d'Italia ancora esiste.

Oggi non si può concepire una istituzione di beneficenza, la quale, per un beneficio alla madre, debba danneggiare la salute del bambino, e fors'anche causarne la morte. Il brefotrofio deve anzitutto assistere l'esposto e tutelarne la vita, e solo in via secondaria, e nei limiti del possibile, e quando sia veramente necessario, deve tutelare anche la madre. Le due assistenze devono essere coordinate e subordinate in modo che si debba raggiungere soprattutto il fine più importante: quello di far vivere l'illegittimo, e di farlo crescere ed educarlo nell'ambiente migliore possibile.

Bisogna che le madri illegittime si persuadana ad allattare i loro figliuoli, e a non disfarsene troppo comodamente mandandoli al brefotrofio. Bisogna che esse sappiano che così facendo condannano il povero piccino ad una morte molto più probabile; bisogna che esse abbiano la coscienza, che alla colpa commessa si aggiungerebbe quella di averlo ceduto ad un istituto, che spesso non può nutrirlo in modo conveniente, e che anzi la colpa stessa sarebbe purgata dal sacrificio di tenere il bambino presso di sè. Ma bisogna anche che la società venga in quest'ordine di idee, che non condanni la figlia-madre che allatta il proprio bambino ma che invece la consideri come una donna, che facendo il proprio dovere, si è riabilitata, e che non la giudichi con l'occhio arcigno della beghina, ma con la simpatia che ispira la funzione più bella della vita: quella della maternità.

Bisogna inoltre che da parte dei brefotrofi stessi si inizi una serie di provvedimenti atti ad avvicinare le madri illegittime anche prima del concepimento, per guidarle, consigliarle, sorreggerle. Una persona di fiducia dell'istituto, delle signore piene di abnegazione possono assumere il compito bello e nobile. Nei paesi si potrebbero formare dei comitati a tal uopo. La visita di questa persona, fatta a scopo puramente morale integrerebbe quella del medico, la quale avrebbe scopi soprattutto igienico-sanitari. Con tale appoggio morale la giovane donna si lascerà facilmente convincere, e si sentirà confortata a compiere il suo devere.

Ecco quale sarà in un non lontano futuro il compito dei brefotrofi! Il numero degli esposti dovrebbe essere ridotto solo a quei casi nei quali il ricovero si imponesse per l'urgenza, per l'impossibilità fisica dell'allattamento, per malattie della madre, o per ragioni morali impellenti. Per aumentare i sussidi alle madri povere si andrebbe incontro a maggiori spese, le quali potrebbero venire compensate dal minor numero di bambini ricoverati da nutrire e da custodire. Un'era nuova, più umana, più bella si schiude ai brefotrofi, e sono sicuro che tali riforme, già da tempo suggerite da alcuni saranno attuate. Ad affrettarle contribuirà la crisi odierna nella quale molti di questi istituti si trovano, crisi resa, come ho detto, più intensa dallo stato di guerra.

***

Il Brefotrofio di Milano è il primo dei grandi brefotrofi, il quale si è messo arditamente sulla via delle riforme radicali, ed è stato seguito a

breve distanza di tempo da quello di Roma. Il merito di tale iniziativa spetta al prof. Grassi di Milano, il quale da parecchi anni insiste sulla necessità di dare un nuovo indirizzo ai brefotrofi.

La riforma si è iniziata a Milano nel febbraio 1917. Le norme di tale riforma sono comprese nei seguenti articoli:

1° A datare dal giorno 1° febbraio 1917, e fino a nuovo avviso, non sarà accolto nel Brefotrofio di Milano nessun lattante illegittimo, ove nella scheda medico-amministrativa, che fa parte dei documenti necessari alla sua accettazione, non figuri la dichiarazione del signor medico dell'ospizio o dell'ufficiale sanitario del Comune di origine del bambino, che la madre sua è fisicamente incapace ad allattarlo. Le domande della visita medica alle madri di bambini devono esser presentate al Brefotrofio non oltre il terzo giorno dalla nascita.

2° Nel caso invece che la madre ne sia dichiarata capace, la iscrizione del bambino fra gli assistiti del brefotrofio, sarà subordinata alla condizione che la medesima adempia a tale compito, trattenendolo presso di sè per almeno i primi sei mesi, e sussidiata perciò con L. 24 mensili, esigibili a bimestri posticipati durante tutto il primo anno dell'allattamento.

Compatibilmente poi, coi posti disponibili nella balieria dell'ospizio, potranno esservi accolte col loro bambino le madri disposte a prestarvi servizio in qualità di nutrice sedentaria col salario mensile di lire 35 oltre al vitto ed alloggio.

3° Ove al termine dei primi sei mesi la madre non intenda di continuare l'allattamento, od anche prima, nel caso di malattia o di cessata funzionalità mammaria, e così pure ove la stessa non abbia modo di provvedere alla cura del bambino, *se malato*, questo potrà venire accolto nel brefotrofio, per la sua ulteriore assistenza.

4° Ove le condizioni di ambiente o considerazioni di ordine morale da appurarsi caso per caso dalla Direzione del Brefotrofio sconsiglino, a giudizio insindacabile della Direzione stessa, la consegna del bambino alla madre, questa, pur avendone la capacità fisica, potrà essere esonerata dall'obbligo del suo allattamento.

5° Le norme speciali riguardanti questi allattamenti materni risultano dal *libretto di scorta* rilasciato alla madre all'atto che le verrà affidato il bambino.

Queste disposizioni prese in via di urgenza, specialmente in seguito alla diminuita richiesta di lattanti da parte di balie di campagna, fenomeno questo consecutivo soprattutto all'attuale stato di guerra, sono veramente importanti, e segnano una pietra miliare nel cammino della assistenza all'infanzia illegittima. Sono appena due mesi che tale riforma è stata iniziata ed i risultati già si rendono evidenti come si può dedurre dai seguenti dati relativi al mese di febbraio:

lattanti assistiti	93
affidati alla madre con sussidio di allattamento a domicilio	43
allattati dalla madre nutrice nella balieria interna	18
affidati a balie mercenarie	32

Sopra 93 bambini 61 sono stati allevati dalla madre, e per soli 32 si è dovuto ricorrere ad allattamento mercenario: risultati veramente confortanti, che incoraggiano a perseverare.

*
* *

Le riforme dei brefotrofi, per essere veramente efficaci devono essere oltre che *radicali* anche *generali* per tutti gli istituti del genere, *uguali*, ed *obbligatorie*, cioè *devono essere imposte per legge*. Le iniziative dei singoli istituti dovranno servire di guida e di sprone al Governo. Una legge si impone che tuteli l'infanzia abbandonata e che contribuisca a diminuire la mortalità dei bambini. Troppi ne muoiono perchè lo Stato debba disinteressarsene. Una legge a pro della infanzia deve prendere in considerazione tanto gli illegittimi quanto i legittimi e per essere veramente efficace deve comprendere tutte quelle disposizioni le quali tutelino in qualsiasi modo la salute e la vita dell'infanzia. Allo stesso modo che in Inghilterra è stata promulgata la *Magna Charta dei bambini*, deve essere emanata in Italia una legge, la quale contenga tutto ciò che riguarda l'assistenza infantile, che regoli il servizio degli esposti e dell'infanzia abbandonata, che sottoponga alle stesse norme tutti i brefotrofi del Regno, che stabilisca norme precise per la sorveglianza di tutti i bambini (legittimi o illegittimi) affidati ad allattamento mercenario. Dovrebbe inoltre comprendere, o semplicemente ricordare, o anche completare una serie di regolamenti, che al presente, quantunque riguardanti l'infanzia, si trovano compresi in altre leggi. Tra questi sono da annoverarsi quelli relativi alla esistenza di sale di allattamento negli opifici, alla erogazione di sussidii di baliatico alle madri povere, alle casse di maternità, ecc.

La compilazione di una tale legge sarà uno dei compiti più belli per il legislatore dopo la guerra, quando il pensiero delle stragi passate renderà l'umanità più propensa a provvedere alla salute delle vite nascenti.

Pubblicheremo prossimamente:

F. GIUGNI, *Sulle nefriti acute delle truppe operanti (nefriti da trincea)*.

SERVIZI SANITARI.

Sull'opportunità di non considerare più come causa di riforma dal servizio militare la mancanza o la carie estesa dei denti.

Prof. ANGELO CHIAVARO, Maggiore medico della Croce Rossa, Capo Reparto del Centro «Ferite mascellari e odontoiatria» nell'Ospedale Militare Principale di Roma.

Dopo la pubblicazione di un precedente articolo su questo argomento (1) ho avuto l'onore di ricevere adesioni ed approvazioni alla mia tesi da numerose personalità politiche, scientifiche, sanitarie civili e militari, ciò che dimostra come non è soltanto nella classe degli specialisti in odontoiatria e prostesi dentaria che questa tesi trova largo consenso.

Siccome però l'egregio maggiore medico Amedeo Perna ha reputato necessario di discutere in contradditorio, nel numero precedente di questo stesso giornale, quel mio articolo, credo opportuno di spiegarmi più completamente intorno ad alcune mie affermazioni, che a chi ha letto alcuni apprezzamenti del mio contradditore potrebbero sembrare non sufficientemente documentate.

Il numero degli uomini inabili al servizio militare a causa del cattivo stato del sistema dentario non può essere inferiore, come io asserivo, a 100,000, ma supera certamente questa cifra. Infatti, se nelle undici leve 1882-892 i riformati per l'art. 56 furono, come risulta *incontestabilmente* dalle statistiche militari, 16,753, con progressione crescente in ragione diretta del progressivo aumento annuale delle reclute, è logico che lo stesso aumento deve essersi verificato nelle 26 leve successive, comprese quelle degli ultimi anni, poichè le recenti speciali disposizioni di legge sulla leva, se hanno modificato le norme da seguire per l'apprezzamento dei permanentemente inabili alle fatiche di guerra, non hanno modificato quelle da seguire per la riforma in base all'art. 56.

Nel richiamo sotto le armi delle classi anziane il numero dei riformati di ciascuna classe per l'art. 56 dev'essere poi necessariamente aumentato, perchè gli uomini dai 30 ai 40 anni della classe meno abbiente, che essendo la più numerosa è anche quella che fornisce il maggior contingente di uomini, non avendo generalmente alcuna cura dell'igiene orale, non si trovano più, nè per numero, nè per integrità dei denti nelle stesse condizioni in cui si trovavano a venti anni, ma molto presumibilmente in condizioni più o meno peggiorate, di modo che molti di essi, che pur prestarono il loro servizio militare o sono già stati o dovrebbero essere riformati.

Alla categoria dei riformati per deficienza di numero o per condizioni patologiche dell'apparato dentario si deve aggiungere quella di coloro che, mancanti di sentimento del dovere, sono ricorsi a mutilazioni volontarie per raggiungere il criminoso scopo di ottenere la riforma.

Il numero complessivo dei militari richiamati aventi diritto alla riforma per l'art. 56 deve senza dubbio essere di gran lunga superiore a quello degli antichi riformati, morti prima della chiamata alle armi e non crediamo di essere in errore giudicando che il totale dei riformati per il succitato articolo superi di gran lunga i 60,000 uomini.

Gli emigrati non possono portare una sensibile diminuzione nel numero dei riformati, perchè la maggior parte sono tornati, ed i volontari arruolatisi con difetti dell'apparato dentario non sono da detrarsi, facendo essi parte integrale dell'Esercito.

Gl'idonei ai soli servizi sedentari per deperimento generale causato da mancanza o malattie di denti non sono certamente in minor numero dei riformati per l'art. 56, e questo sanno benissimo tutti i colleghi specialisti in odontoiatria, che hanno occasione di constatare ogni giorno, insieme con i medici ed altri specialisti, quale alta percentuale di disturbi generali debba attribuirsi all'insufficiente masticazione o alla sepsi orale, quantunque apparentemente lo stato della dentatura non sembri tale da giustificare l'applicazione dell'art. 56.

In base a questi calcoli non si può dunque supporre che siano *complessivamente* meno di 100,000 gl'inabili alle fatiche di guerra ed i riformati per mancanza o malattie di denti, ma certamente in numero maggiore. Comunque sia, il numero non credo abbia poi un grandissimo valore rispetto alla tesi di morale e di giustizia che tutti noi sosteniamo. Quanto ad alcuni appunti mossi al mio precedente articolo, la confutazione di essi è tanto semplice ed evidente che scaturisce da quanto già scrissi in quello stesso articolo; altri appunti sono d'interesse troppo secondario perchè debbano essere discussi.

Il fatto che nell'Esercito vi sono uomini arruolatisi volontariamente, malgrado il loro di-

(1) A. CHIAVARO. *L'odontoiatria potrebbe ridare all'Esercito più di centomila uomini, ora riformati o dichiarati inabili alle fatiche di guerra.* Il Policlinico, Sezione pratica, fasc. 10, 4 marzo 1917.

ritto a riforma in forza dell'art. 56 e che *essi sono risultati adatti al servizio delle armi*, prova che ha ragione il nostro amato Maestro prof. Durante quando afferma che gli uomini, a cui mancano molti denti, non essendo generalmente considerati nelle loro famiglie come malati o inetti al lavoro, non lo devono essere nemmeno nel riguardo del servizio militare.

Che gli esperimenti fatti applicando apparecchi di prostesi dentaria a militari abbia avuto esito sfavorevole *mentre l'art. 56 è tuttora in vigore* è più che naturale e si doveva logicamente prevedere. Anche a me e ad un mio caro collaboratore venne suggerito da qualcuno di fare simile esperimento per convincere le Autorità militari della giustezza della nostra tesi, ma non lo tentammo nemmeno, ben sapendo *a priori* che sarebbe stato un inutile tentativo se fatto prima di ottenere l'abrogazione dell'articolo 56. Ma non accadrebbe la stessa cosa se il militare sapesse che con l'apparecchio o senza egli dovrebbe rimanere in servizio ugualmente. Nella vita civile non s'incontra che in qualche caso eccezionale chi non riesce ad abituarsi all'uso di apparecchi dentarî e vediamo sempre con quale grande facilità e rapidità i nostri feriti mascellari si abituano all'uso di apparecchi di prostesi anche voluminosi, con quanta riconoscenza li accettano e con quale interessamento cercano di aiutarci nel nostro lavoro, anche con suggerimenti, talvolta di una giustezza tale da stupirci, venendo da figli del popolo, ignari di ogni principio di arte e d'igiene dentaria.

Ma ammettiamo pure che vi sia qualcuno che non possa o non voglia abituarsi all'uso di apparecchi per la sostituzione artificiale di denti mancanti. Nessuno penserà di volerlo costringere ad usarli. Noi abbiamo chiesto e continuiamo a chiedere invece che gli apparecchi di prostesi dentaria vengano forniti *soltanto a quei militari che li desiderano e li richiedono* e che possono ritrarne reale giovamento, ma che gli altri, i rarissimi malintenzionati, non si sentano incoraggiati da una disposizione di legge a trascurare la cura dei loro denti e a rifiutare la sostituzione di quelli mancanti, contro il loro proprio interesse e soprattutto contro l'interesse dello Stato.

La Nazione dev'essere considerata da tutti come una grande famiglia ed il Governo, che quale capo reggente ed amministratore di questa famiglia, ha il diritto di usufruire, nell'interesse pubblico, dell'opera di tutti i cittadini che sono in grado di servire il Paese, ha pure il dovere di trattare come figli gl'individui del cui lavoro si serve. Se migliorando le condizioni fisiche di un uomo meno atto al servizio delle armi si può renderlo atto, il Governo, come un amoroso ed avveduto padre di famiglia, ha il dovere di offrire a quell'individuo la possibilità di curarsi, ripetiamo, nell'interesse proprio e nell'interesse del Paese: l'individuo può rifiutare le cure offerte, ma in tal caso dev'essere lui e non il Paese che deve soffrire le conseguenze del suo rifiuto.

Come hanno dimostrato anche prima di me i professori universitari di odontoiatria e prostesi dentaria Beretta (1) (Bologna) e Coulliaux (2) (Milano), come è stato provato luminosamente in Francia, in Inghilterra, in Germania, in Austria, ecc., dove moltissimi soldati provvisti di apparecchi dentarî artificiali (così asseriscono i colleghi e la stampa odontoiatrica di quelle Nazioni) prestano servizio alla fronte, l'abrogazione dell'art. 56 rappresenta un provvedimento *altamente utile, morale ed educativo;* son sicuro perciò che le competenti Autorità militari, come hanno dimostrato la più lodevole sollecitudine nell'attuazione di altri provvedimenti sanitarî, di cui si è riconosciuta l'opportunità, così non mancheranno di adottare anche questo, che riscuote l'approvazione della classe medica, di un gran numero di personalità politiche e scientifiche ed è proposto alla quasi unanimità dalla classe odontoiatrica, non certo nel proprio interesse, giacchè agli odontoiatri non recherebbe che un aumento delle ore di servizio, ma nell'interesse supremo del Paese, che dovrebbe essere nel cuore e nella mente di tutti quelli che lavorano per la grande vittoria e per una sempre più grande Italia.

---

(1) A. BERETTA. *Il problema odontoiatrico nell'esercito*. Annali di Odontologia, ottobre 1916.

(2) L. COULLIAUX. *L'art. 56 nell'elenco delle infermità ed imperfezioni che sono causa d'invalidità assoluta o temporanea al servizio militare.* Annali di Odontologia, gennaio 1917.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società italiana di Chirurgia.

(Seduta pomeridiana del 3 marzo).

Discussione sulla cura delle ferite di guerra

(Cont.; vedi n. 14).

Sulle fratture complicate degli arti prodotte da armi di guerra.

FANTINO GIUSEPPE (Torino). — Circa lo sbrigliamento delle ferite crede opportuno mettere in guardia i chirurgi che operano al fronte, e che non seguono l'andamento successivo dei fratturati, contro i gravi inconvenienti di incisioni troppo estese, non sempre giustificate dall'entità delle lesioni causate dai proiettili. Tale tendenza è invero troppo generalizzata presso certi chirurgi, dominati dal concetto che sia questo il miglior modo di prevenire le infezioni.

Al postutto, se si ritiene che incisioni larghe, senza economia, siano necessarie per un rigoroso trattamento del focolaio di frattura, per esplorazioni complete, per estrazioni di corpi estranei, perchè non si pensa anche, o immediatamente o pochi giorni di poi, a suture parziali, con limitazione del drenaggio ai soli punti indispensabili?

Anche nelle infezioni, che si cerca di arrestare mediante larghe incisioni, noi dobbiamo seriamente pensare alla utilità e possibilità di suture secondarie, giacchè Carrel ci ha molto opportunamente insegnato che con 8-10 giorni di trattamento dei focolai infetti con liquido di Dakin si può ottenere, se non asepsi assoluta, almeno una tale distruzione e limitazione dei germi, da permetterci di avvicinare i margini delle ferite o con suture o con cerotti.

Circa la ricerca dei corpi estranei non si dimentichi che con i raggi X sono rilevabili le scheggie metalliche, ma non i pezzi di indumenti. Ora questi appunto sono causa prima e sovente unica di infezione e noi dobbiamo sospettarli quando nessuna causa ci sovviene a spiegare una suppurazione ostinata. Ed ora la questione più importante: quale trattamento riservare alle scheggie ossee nelle fratture complicate.

Alcuni, tra i quali il Calot, ritengono doverosa la conservazione sistematica di tutte le scheggie, perchè esse devono servire a ristabilire la continuità dell'osso: togliendole si asporta la stoffa necessaria per il consolidamento delle fratture e si va incontro fatalmente a raccorciamenti, a pseudartrosi, all'amputazione.

Altri, fra cui il Leriche, sono partigiani dell'intervento primitivo sistematico e largo sulle ossa, della asportazione immediata e larga di tutte le scheggie libere, minaccia e fonte di suppurazione.

L'O. ritiene che fra i due estremi, come quasi sempre accade, la verità stia nel mezzo, ma non esita a propendere dalla parte dei conservatori, di Calot.

Infatti nelle sue sale, nel breve periodo di difesa del Trentino, sono entrati, in pochissimi giorni, oltre un centinaio di fratturati gravissimi, in gran parte febbricitanti e con focolai di frattura suppurati. Aggiungendo quelli che furono ricoverati in seguito, il numero delle fratture complicate raggiunge la cifra di 150. Orbene, la radiografia, eseguita sempre, dimostra come queste orribili fratture possano guarire pure in presenza di una quantità di scheggie metalliche disseminate nelle carni, in mezzo a frammenti ossei, i quali ciononostante, si risaldano, prendendo parte attiva alla formazione del callo.

È importante notare come di tutti questi fratturati, di cui non pochi avevano contemporanea suppurazione articolare, 3 soli siano morti, 2 per essersi rifiutati all'amputazione, uno malgrado l'amputazione, eseguita però nel periodo di conclamata pioemia. Tutti gli altri feriti ebbero conservato il loro arto, per quanto con guarigione funzionale non sempre ottima.

Non si può dunque sostenere che la pseudo-artrosi sia essenzialmente conseguenza della suppurazione. Questa vi ha certamente influenza, ma vi hanno parte principale gli irrazionali trattamenti che alla suppurazione si connettono e che alla loro volta sono causa del protrarsi della medesima: cioè la mancanza di bendaggi immobilizzanti o l'applicazione di bendaggi fenestrati non sufficientemente contentivi.

A proposito di questi bendaggi malamente contentivi, l'O. crede che a questa categoria debbano ascriversi certi bendaggi ad ansa o a ponte, di cui si è fatto da qualcuno uso ed abuso nella presente guerra. Ne ha visto qualcuno formato con grandi archi di vimini circondati di gesso, di ottimo effetto coreografico, ma di assai scarso valore terapeutico, se si eccettui la maggior comodità che essi offrono alla medicatura del focolaio di frattura. Ma se si pensa che la medicazione si può fare egualmente e con archi assai più stretti o con semplici finestre in bendaggi gessati esattamente contentivi, l'O. si domanda il perchè dei bendaggi a grandi archi, che lasciano liberi grandi segmenti di arto e che, mancando di esatta giustapposizione alle parti estreme, non possono esercitare una efficace trazione sui monconi.

L'O. non nega che, in rari casi, quando le lesioni siano molto estese, i bendaggi a ponte non possano riuscire preziosi; ma ripete che non si deve abusare, non si deve elevarli a sistema, e soprattutto si deve cercare di non renderli necessari con quelle incisioni vaste e non sempre razionali, di cui ha già parlato.

L'O. per fare bendaggi esattamente contentivi si serve quasi sempre di ferule gessate che si preparano caso per caso nel numero, forma e grandezza voluta.

Per reperire esattamente e prontamente il sito dove si deve praticare la finestra si può, seguendo Calot, versare sulla garza corrispondente alla fe-

rita qualche goccia di tintura di iodio, che, evaporando all'istante, penetra il gesso e si rende visibile all'esterno, oppure segnare sull'arto sano i punti corrispondenti, che ci serviranno di guida sicura. Meglio ancora far costruire delle finestre in lamiera di ferro, di forma e grandezza diversa, che si applicano subito e si fissano nel gesso.

Nel grave periodo accennato, in cui d'un tratto fu riversata negli ospedali di Torino una grande quantità di fratture complicate o suppuranti, nelle quali l'estensione delle ferite e i notevoli spostamenti ossei rendevano impossibile l'applicazione immediata del gesso, l'O. fece largo uso di apparecchi a trazione, sovente associati a sospensione, che permettono di eseguire le più accurate medicazioni senza punto spostare i frammenti. Queste cure riuscirono pienamente allo scopo, e molti feriti accolti in condizioni disperate si videro rinascere in brevissimo tempo.

Poichè le trazioni alla Tillaux di 5-6-8 kgr. si dimostrano per lo più insufficienti, l'O. ha ricorso di preferenza a grandi trazioni di 15-20 kgr., che nei due primi giorni riescono dolorose, ma che in prosieguo sono generalmente tollerate e vanno, in ogni caso, accuratamente sorvegliate per evitare decubiti.

In casi speciali, in cui la grandezza e il numero delle finestre compromettono la solidità del bendaggio, si può rinforzarle con stecche di legno o di metallo, eventualmente amovibili al momento delle medicazioni. Con lamine di ferro facilmente pieghevoli e modellate l'O. ha in caso di bisogno formata anche qualche ansa che facilitasse le medicazioni, ma sempre in limiti molto ristretti e a caratteri ben diversi dai bendaggi a ponte sopra accennati.

Per la disinfezione delle ferite l'O. usa come soluzione economica l'acqua bollita debolmente iodata e l'acqua salata all'8-10 %, cui seguono in dati casi lavature con soluzione di Dakin e con acqua ossigenata.

Per la disinfezione di tragitti profondi, anfrattuosi, molto opportuno ha trovato — oltre all'acqua ossigenata — l'etere iodoformico ed anche il balsamo del Perù allungato con etere.

Di norma la medicazione è asciutta, ma nelle infiltrazioni infiammatorie delle parti molli o in certe piaghe suppuranti assai utili sono gli impacchi con soluzione di Burrow:

Acetato di piombo . . . . . 5 %
Allume . . . . 2 %

In ultimo l'O. accenna all'uso di striscie di cerotto sui margini delle ferite, dettaglio così scarsamente apprezzato e pur così utile.

Fratture gravi da arma da fuoco.

MARAGLIANO DARIO (Genova). — Ha seguito 230 fratture: 7 ne perdette: una sola amputò. Non è mai intervenuto se non a infezione dichiarata, e in questi casi è intervenuto o con la scheggiectomia sottoperiostea o (5 casi) con l'artrotomia o (quasi sempre) con la resezione. Il concetto che lo ha portato a praticare preferibilmente la resezione è basato sulla osservazione anatomopatologica che nei casi di fratture articolari la lesione principale è più una osteomielite dei monconi che una suppurazione della sinoviale. Nel periodo di riparazione delle fratture crede utili gli innesti ossei anche se non destinati ad attecchire: essi servono ad ogni modo da stimolo alla osteogenesi e valgono come profilassi alla pseudoartrosi. Di questo l'O. si era già accertato nella pratica di pace trattando le lesioni ossee tubercolari con la resezione e successivo trapianto osseo autogeno, che dà luogo allora ad una vera recalcificazione. In due feriti di guerra l'O. ha praticato tale innesto: nell'uno, con una ritardata consolidazione di frattura, l'innesto si eliminò alla fine, ma la consolidazione si ottenne; nell'altro l'innesto in parte si eliminò e in parte rimase in posto.

La lussazione temporanea dei capi articolari nella cura delle ferite infette delle articolazioni.

BIANCHERI ANTONIO (Modena). — Accennati i diversi metodi di tecnica operatoria delle piartrosi e i risultati ottenuti in 21 casi di suppurazioni del ginocchio con l'artreotomia e, più di rado, con la resezione, descrive le modalità e spiega il concetto informativo seguito dal prof. Mario Donati nel servirsi della lussazione temporanea dei capi articolari in casi di osteoartrite suppurativa: 3 del ginocchio, 1 del gomito consecutive a ferita infetta con lesioni osteoarticolari.

Questa tecnica deve essere considerata come una risorsa assai buona di chirurgia conservatrice, da applicarsi con vantaggio in casi di grave infezione, nei quali si può temere che l'artrotomia sia per riuscire insufficiente, e la resezione pericolosa, sia per la gravità del trauma, sia per l'apertura delle cavità midollari in focolaio ancora altamente settico. Prendendo come paradigma l'articolazione del ginocchio, il metodo consiste nell'aprire la giuntura mediante un'ampia incisione alla Mackenzie, nel mettere allo scoperto i recessi anteriori e posteriori, e nel medicare, per così dire a piatto, mantenendo i capi articolari lussati mercè la flessione del ginocchio. Assicurato il dominio di tutti gli sfondati articolari, la fase di suppurazione acuta viene rapidamente superata e si può procedere allora con maggior sicurezza alla resezione e perciò al raddrizzamento dell'arto. In terzo tempo apparecchio gessato.

È necessario non mantenere troppo a lungo la lussazione, per evitare retrazioni eccessive delle parti molli, possibili anche con l'uso dell'apposito apparecchio (di Zuppinger).

Osteorrafia metallica provvisoria.

DE MARSI ARTURO (Bologna). — L'O. ha avuto campo di osservare parecchi casi di frattura femorale ed ha notato, mediante numerose osservazioni radioscopiche, che specialmente nelle sottotrocanteriche il frammento superiore è sempre assai spostato, specie in alto e all'esterno. Ha pure riscontrato che di tutti i mezzi escogitati per mantenere in posto i due frammenti quelli che più ri-

spondevano erano fondati sulla trazione diretta o indiretta. La trazione indiretta viene esercitata perifericamente all'arto coi varii mezzi adesivi (cerotti, mastisoli, ecc.), combinata con l'abduzione notevole dell'arto in modo che il frammento inferiore vada per così dire incontro al superiore. La diretta o ossea è quella che si ottiene col chiodo calcaneare (Codivilla), pure associata al sollevamento in forte abduzione del frammento inferiore.

Ma anche questi mezzi non riescono talvolta all'intento. Il trattamento ideale nei casi non settici sarebbe la osteorrafia metallica seguita dalla applicazione di un buon apparecchio contentivo; ma disgraziatamente nella chirurgia di guerra abbiamo quasi sempre a che fare con fratture in preda a sepsi ed in questi casi sappiamo perfettamente che i lacci metallici non si mantengono e vengono inesorabilmente eliminati mediante lunghe suppurazioni e con permanenza di seni fistolosi. Questo stato di cose ha suggerito all'O. un mezzo di osteorrafia provvisoria, che ha già provato con effetti lusinghieri in parecchi casi di fratture della epifisi superiore femorale.

Ha pensato adunque di raggiungere le ossa con un taglio convenientemente lungo condotto all'esterno della radice della coscia in modo da ben mettere in evidenza la sede della frattura. Dopo la preparazione dei due frammenti, con un trapano pratica un foretto a due cm. circa dall'estremità dei singoli frammenti e vi passa un'ansa di filo d'ottone cotto abbastanza grosso. Colla tensione dei fili completa l'adesione dei due frammenti e, rivestiti i fili con un tubetto di gomma, li taglia ad una lunghezza tale che possano uscire a livello della ferita chirurgica, che drena e zaffa con garza e lascia completamente aperta. Messo poi l'arto in abduzione notevole e sollevatolo, lo munisce di un apparecchio gessato, fenestrato a livello della breccia chirurgica, e comprendente tutto l'arto e il bacino.

Nei suoi casi l'O. ha potuto constatare che occorrono dai 40 ai 60 giorni per avere il consolidamento, ma ha fatto portare l'apparecchio ai pazienti per un altro mese dopo tolto il punto. Sotto lo schermo radioscopico il punto si toglie con molta facilità stirandolo, dopo averlo tagliato con una comune tronchese dove comincia l'arrotolamento, in corrispondenza di una delle parti dell'ansa.

Sulla cura delle fistole ossee consecutive a ferite esposte.

CHIAROLANZA RAFFAELE (Napoli). — L'O. ha avuto occasione di osservare parecchie volte che le fistole ossee vengono trattate con operazioni incomplete, con scucchiaiamenti che hanno il compito di asportare il tessuto infiammato, e che invece non riescono se non a prolungare il decorso della lesione, in quanto che, dopo di essi, viene a riformarsi quel tessuto di granulazioni flaccide esistenti dapprima e talvolta la fistola ossea si estende e si approfonda, senza che lo scopo curativo venga raggiunto.

Constatazioni simili sono state fatte anche da chirurgi francesi, per cui si è insistito sul concetto che la cura dei seni fistolosi ossei debba essere radicale, e non debba costituire invece una serie di piccoli tentativi sempre dannosi.

L'O. procede nella seguente maniera. Determina prima di ogni altra cosa con l'esame clinico e con quello radiografico l'estensione del seno fistoloso e la zona di osso più o meno alterata. Escide la cicatrice cutanea, spesso aderente all'osso, e dopo avere distaccato il periostio da tutto il tratto di osso su cui deve cadere l'atto operativo, reseca con lo scalpello un cuneo di sostanza ossea che comprenda non solo il seno fistoloso, ma anche il tratto di tessuto osseo in fase di osteite condensante. In altri termini raggiunge il tessuto sano con una sezione ossea per la quale si forma una fovea poco profonda e a pareti inclinate. In questo modo non solo viene eliminato il tessuto osseo alterato, ma si ottiene una superficie quasi piana, la quale guarisce abbastanza rapidamente con la ricostituzione dell'osso quasi nella forma e sulla linea di prima.

La superficie di taglio viene con opportuni colpi di scalpello regolarizzata quanto occorre, detersa dei frustoli ossei che possono trovarvisi, toccata con qualche goccia di tintura di iodio e medicata con uno strato leggero di garza sterile.

Se la pelle è abbondante e la regione si presta (gamba) si può abbassare sull'osso resecato la pelle perchè vi aderisca.

Senza pretesa di originalità del concetto informatore del metodo da lui adoperato, l'O. crede che esso sia il solo da adottare, perchè si inspira alla esatta valutazione dei momenti etiologici e patogenetici della lesione ossea, e tiene conto delle alterazioni anatomo-patologiche che la caratterizzano.

I trapianti liberi di adipe quali mezzi di obliterazione delle cavità osteomielitiche.

CAFORIO LUIGI (Napoli). — Comunica brevemente un caso clinico. Un soldato, colpito da una scheggia di granata, ne ebbe una ferita a canale completo al terzo medio della gamba destra, con frattura della tibia. Al momento in cui l'O. lo osservò, presentava una frattura consolidata e i frammenti cementati da un voluminosissimo callo osseo, in seno al quale era scavata una cavità osteitica, suppurante, infetta da piocianeo, cosparsa di granulazioni flaccide e gelatinose, comunicante con l'esterno a mezzo di due tragitti fistolizzati, corrispondenti ai forami di penetrazione e di egresso della scheggia di granata. Nè alla specillazione, nè all'esame radioscopico si osservava traccia alcuna di sequestri ossei. L'O. istituì subito un rigoroso trattamento antisettico della ferita con medicazioni al liquido del Dakin e fognatura della escavazione. Dopo tre mesi l'infermo appariva notevolmente avvantaggiato nelle condizioni generali, e localmente il microbismo del cavo osteitico era attenuatissimo, tanto che la essudazione era ridotta quasi a zero. Ma nessun accenno, sia pur larvato, nessuna tendenza del cavo a colmarsi. L'O. decise perciò di ricorrere ad un trapianto libero autoplastico di adipe, tanto più in quanto alcune sue ricerche sperimentali eseguite fin dal 1913 nell'Istituto Pasteur

di Parigi lo avevano convinto che l'adipe trapiantato nei cavi ossei attecchisce perfettamente e rapidamente, e che esso, in secondo tempo, scompare per essere gradatamente sostituito da una neoproduzione dapprima osteoide e condroide e poi ossea.

Il 2 novembre 1916, sotto anestesia cloroformica, procedette allo schiacciamento della escavazione, previa recentazione delle parti molli sovrastanti e abrasione del periostio. Insinuata nel cavo una compressa di garza imbevuta di liquido del Dakin al duplice scopo di assicurare l'emostasi e di meglio sterilizzare la cavità, gli fu facile prelevare dalla natica destra dello stesso paziente un grosso blocco che con estrema cura e delicatezza cercò di adagiare nella cavità osteitica, curando che si adattasse a tutti i recessi di essa. Completò l'intervento con la sutura delle parti molli a punti staccati di catgut, insinuando però nell'angolo inferiore della ferita un tubo a drenaggio di caoutchouc. Il decorso postoperatorio fu addirittura ideale. Reazione febbrile lieve nei primi 5 o 6 giorni, poi apiressia. La ferita guarì rapidamente *per primam*, e solo qualche punto cutaneo fu sede di leggiera suppurazione. Il drenaggio fu rimosso in 15ª giornata ed il tragitto da esso lasciato si colmò prontamente. Dopo 40 giorni l'infermo era del tutto guarito e poteva liberamente servirsi del suo arto.

Nessun dubbio quindi che il trapianto abbia attecchito, perchè nei casi riferiti da Estor ed Etienne, da Ombrèdanne, ecc., in cui l'attecchimento non si ebbe, il blocco trapiantato o si eliminò per colliquidazione (*fonte huileuse*); o per necrosi massiva in mezzo a fenomeni di reazione imponente. Nulla di simile nel caso in parola.

Compulsando la letteratura in proposito, l'O. trova che, se non erra, il suo contributo rappresenta il primo tentativo di tal genere praticato in Italia, il 46° che sia stato consegnato alla letteratura internazionale sull'argomento, ed il 16° che sia stato seguito da risultato positivo.

Sulla questione delle mutilazioni.

PEREZ GIOVANNI (Pavia). — In una sua relazione del maggio 1916 al gruppo di Propagande Mediche per la guerra, l'O. ha affermato che si è demolito troppo, anche in casi in cui si sarebbe potuto benissimo evitare il sacrificio dell'arto. Ma tale affermazione, che si basa su fatti personalmente constatati, ovvero dedotti dalle varie statistiche pubblicate, non deve da nessuno essere interpretata come poco benevolo apprezzamento dell'opera oltremodo ammirevole che ovunque e indistintamente compiono con alta coscienza del dovere e spirito di abnegazione i nostri sanitarii civili e militari, impiegando tutti i mezzi di cui sanno e possono disporre per raggiungere i migliori risultati nella cura dei feriti.

Se ancora oggi — per quanto meno frequentemente di prima — molti casi in cui si sarebbe potuto conservare non sfuggono alla mutilazione, ciò si deve non a colpa dei singoli sanitarii, i quali non tutti certamente possono avere una speciale competenza in chirurgia conservativa, ma alla deficienza e deficiente utilizzazione di personale realmente specializzato in chirurgia.

L'O. sottopone alla discussione dell'assemblea i seguenti due punti:

1° Le indicazioni agli interventi demolitivi;

2° Proposte per limitare le mutilazioni.

I. *Indicazioni.* — A documentare la propria affermazione che spesso si eccede nelle indicazioni ad interventi demolitivi ricorda solo che in una recente pubblicazione di un chirurgo, capo-reparto di un importante ospedale di riserva, si legge che in presenza di linfoangioiti, flebiti ed edema, *anche solo limitatamente vicini alla lesione* ed in presenza di condizioni generali scosse è stato sempre proposto ed eseguito l'intervento demolitore. Ed infatti nella sola detta statistica si segnala un numero abbastanza elevato di interventi demolitivi.

Anche in diverse delle accennate pubblicazioni si riconosce che in parecchi casi sono stati sacrificati arti che avrebbero potuto essere conservati. Ciò dimostra quanto poco diffusi, condivisi ed applicati siano i giusti principii di una razionale chirurgia conservativa e conseguentemente quanto variabili i giudizii sulle indicazioni degli interventi demolitivi.

Hanno costituito e costituiscono indicazioni agli atti demolitori:

a) le vaste lesioni traumatiche;

b) le complicazioni settiche.

A) *Lesioni traumatiche.* — Secondo il convincimento dell'O. nè l'asportazione di estesi tratti di parti molli, nè le vaste fratture comminute costituiscono indicazioni ad interventi chirurgici demolitivi. Nei casi di estese distruzioni vasali e nervose conviene che spesso non è possibile la conservazione dell'arto. Ma l'O. si domanda: hanno tali lesioni nervose e vasali determinata già la perdita dell'arto o di parti di esso, ovvero la vitalità dell'arto è ancora conservata? In quest'ultimo caso non gli sembra che esista una precisa indicazione a demolire, perchè mai noi dobbiamo disperare della resistenza dei tessuti e dei processi di riparazione, specialmente in giovani sani e robusti. Nell'altro caso invece ci troveremo in presenza di una lesione cancrenosa. Se si tratta di cancrena secca, senza complicazioni infettive, nulla ci vieta di attendere, con opportune medicature, intese a mantenere asettici i tessuti necrotici, che avvenga la spontanea delimitazione ed eliminazione; anzi è precetto seguire tale principio.

Se si tratta di cancrena umida, infetta, ci comporteremo come nelle lesioni settiche.

B) *Lesioni settiche.* — Non si penserà certo a demolire nei casi di infezioni localizzate, non complicate a gravi fenomeni settici generali. Nè certo costituirà indicazione all'intervento demolitivo la persistenza di una temperatura elevata, che, quando non è associata agli altri sintomi setticoemici, altro non è che una semplice manifestazione tossica che accompagna quasi tutti i processi infiammatorii acuti e che è lungi dal denotare un'infezione generale.

Nelle infezioni circoscritte pertanto, che decor-

rono con le consuete manifestazioni tossiche generali, mercè le cure e gli interventi locali si riesce più o meno rapidamente a dominare il processo. Mette in questa categoria i flemmoni circoscritti, i flemmoni diffusi suppurativi, ed in genere tutte le complicazioni flemmonose a tipo suppurativo che possono accompagnare sia le lesioni delle parti molli sia le scheletriche.

Nelle cancrene umide infette, putride, nei flemmoni cancrenosi gassosi, non suppuranti, che culminano, attraverso gradi varii di virulenza, nella forma tipica di cancrena gassosa, il processo infettivo dà luogo a manifestazioni generali più gravi, di quelle che si riscontrano nei flemmoni diffusi suppurativi: manifestazioni a volte subdole, ma sempre di ordine altamente tossico o setticoemico, che minacciano la vita dell'individuo.

La demolizione è infatti in simili casi il mezzo più sicuro, più pronto e radicale per asportare totalmente il focolaio infettivo; ma esso è l'unico mezzo che noi possediamo per vincere l'infezione? Non potremmo noi distruggere l'infezione nell'arto stesso energicamente, piuttosto che asportare l'arto?

L'esperienza oramai ci dimostra che, salvo casi di eccezionale virulenza, in cui molto di sovente la stessa demolizione non salva la vita del paziente, le vastissime incisioni, estese dall'uno all'altro capo delle guaine muscolari del tratto colpito, la dissociazione dei singoli ventri muscolari, il mettere a nudo i principali tronchi vascolo-nervosi dell'arto, in modo da poter ben dominare tutto quel connettivo lasso superficiale, interstiziale e profondo che costituisce altrettante vie di facile diffusione del processo infettivo, il vuotamento della poltiglia di tessuti cancrenosi disfatti, la cauterizzazione con opportuni termocauterii delle vaste superfici cruente a cominciare dal piano osseo e dagli eventuali focolai di frattura, le irrigazioni antisettiche con acqua ossigenata, permanganato di potassio, ipoclorito di calcio, lo zaffamento di tutte le varie breccie e loggie muscolari (il cosidetto imballaggio muscolare di alcuni autori), con garza all'ipoclorito di calcio, il caldo umido, le frequenti irrigazioni e medicature opportune sono mezzi efficacissimi per dominare le più gravi infezioni locali, specialmente se coadiuvate da opportune cure generali, atte a disintossicare l'organismo, a sostenerne la funzione cardiaca, ad aumentarne i poteri naturali di difesa e di resistenza.

Qualcuno si è preoccupato che il conservatorismo ad oltranza possa elevare la mortalità, potendo una mutilazione praticata in tempo salvare l'individuo. Certo che se colui che si accinge a conservare non ha sufficien[illegible] di chirurgia conservatrice, la demolizione costituirà il migliore, se non l'unico, mezzo atto a salvare almeno la vita del paziente. E l'O. è il primo ad approvare quel chirurgo che, non avendo l'opportuna pratica ed esperienza di chirurgia conservativa, e trovandosi nella dura necessità di fronteggiare da solo la minacciosa situazione, amputa con la precisa coscienza di applicare l'unico mezzo di cui egli sa e può disporre per salvare la vita del suo infermo.

È pure ovvio, in termini generali, che una precoce demolizione può salvare l'esistenza più facilmente e più sicuramente di una demolizione tardivamente fatta, dopo cioè l'insuccesso delle cure conservative.

Ma la formulata obbiezione non può nè deve essere esaminata con i detti criterii assoluti generali: dobbiamo piuttosto riferirci ai criterii individuali del chirurgo cui è affidato l'infermo, alla fiducia nei mezzi di conservazione, fiducia la quale si basa più che sulle statistiche dei varii operatori, sulla esperienza personale.

Le migliori e più proficue statistiche per ogni singolo chirurgo sono quelle individuali.

II. *Proposte per limitare gl'interventi demolitivi.* — In seguito alla prima nota dell'O. diversi colleghi, fra cui taluni dirigenti ospedaletti da campo, hanno messo in rilievo gl'inconvenienti che derivano dalla disseminazione e dall'eccessivo frazionamento dei feriti nei numerosi ospedaletti da 50-100-150-200 letti, che, dato il loro grande numero, non possono certamente essere tutti diretti da chirurgi specializzati.

Da ciò l'opportunità di accentrare i feriti in grandi unità chirurgiche, il che permetterebbe una selezione di quel personale realmente tecnico, che, preposto alla direzione di tali centri chirurgici, può dare il miglior affidamento di cure razionalmente conservative. Questo concetto collima perfettamente con quello già dall'O. espresso circa l'istituzione di centri ospedalieri ove inviare i feriti gravi e non solamente degli arti, ma in genere i feriti più bisognevoli di rigorose cure chirurgiche, centri che dovrebbero essere opportunamente distribuiti non solo nella zona di guerra, ma anche in zona territoriale, dove pur si lamentano gli inconvenienti anzidetti.

Il frazionamento dei feriti in un cospicuo numero di ospedali anche di 50-100 letti; la limitazione del compito di ogni singolo dirigente, anche se di speciale competenza, esclusivamente alla propria piccola unità ospedaliera, e la grande deficienza di personale chirurgico specializzato fanno sì che spesso l'opera dei pochi chirurgi specializzati resta circoscritta ad un numero assolutamente esiguo di feriti, molti dei quali bisognevoli di cure che non richiedono speciali capacità tecniche. Restano così quasi inutilizzate delle energie che potrebbero assai vantaggiosamente essere impiegate nella cura di quella maggioranza di feriti gravi, che, per deficienza di personale tecnico, manca di opportune cure chirurgiche.

Perchè adunque non utilizzare sino al massimo rendimento l'opera di tutti questi chirurgi competenti sparsi nella zona di guerra e nelle varie zone territoriali, affidando ad essi la diretta sorveglianza tecnica e responsabilità di cura che un cospicuo numero di feriti, riuniti sia in un unico vasto ospedale, sia — qualora ciò non fosse possibile — in più riparti di uno stesso centro ospedaliero?

Osservazioni sulla tecnica delle amputazioni in rapporto anche alla protesi.

Anzillotti Giulio (Livorno). — In un numero non piccolo di amputazioni che l'O. ha avuto occasione di esaminare e curare nei proprii reparti militari e nelle amputazioni o reamputazioni che ha dovuto praticare, ha potuto osservare alcune particolarità sulle quali crede utile richiamare brevemente l'attenzione dei colleghi.

Alcuni casi di disarticolazione del ginocchio fatta col metodo circolare all'ospedale da campo e subito evacuati nelle retrovie giunsero nel reparto chirurgico dell'O. in condizioni che certamente non erano molto buone: i condili femorali sporgevano per un tratto più o meno grande ed erano in parte ricoperti di granulazioni che dalla periferia cercavano di salire sulla superficie femorale. In tutti i casi era stata conservata la rotula, la quale, data la retrazione muscolare, si era portata in alto ad un livello maggiore o minore, ma che arrivava anche fino alla metà della coscia, e tale retrazione andava col tempo aumentando. L'O. comprese che si sarebbe dovuto secondariamente intervenire per dare al moncone una possibilità di protesi e pensò di servirsi della rotula come mezzo osteoplastico: secondo il metodo del Gritt, però, data la suppurazione insistente del moncone, non si faceva illusioni che tale regolarizzazione potesse avvenire dopo poco tempo, per cui cercò di tenere sempre assai vive le contrazioni del quadricipite femorale in modo da non averne la sclerosi completa e quindi la inutilizzazione. Appena il moncone fu quasi cicatrizzato, intervenne.

A tale punto il moncone aveva questa apparenza: i condili erano ricoperti di giovane pelle alla periferia, e al centro da granulazioni piane o non secernenti; la rotula si palpava come un sesamoide circa a metà del femore ed era assai fissa. Allora limitò la cicatrice con due incisioni in modo da fare due lembi, uno anteriore maggiore ed uno posteriore minore; dissecò i due lembi in alto fino ad isolare il femore al di sopra della rotula, in modo che questa poi potesse adattarsi alla sezione ossea; segato il femore e adattata la rotula in modo che si applicasse perfettamente alla sezione ossea, la fissò con punti di sutura periostei alla superficie del femore, e poi suturò il tendine rotuleo ai muscoli posteriori della coscia. La adesione è sempre avvenuta perfetta se si è tenuto conto della retrazione dei tessuti e della altezza alla quale deve essere tagliato il femore. A cicatrizzazione completa si hanno dei monconi al terzo medio della coscia con cicatrice posteriore e quindi fuori della linea di appoggio, e con una superficie dura, abituata alla pressione, che non dà dolori per assenza di sporgenze, e che serve perfettamente per un appoggio diretto del moncone, in modo da dare la massima solidità alla protesi.

Nell'arto inferiore un'altra particolarità di tecnica per le demolizioni deve essere rilevata a proposito delle amputazioni parziali del piede per congelamento di terzo grado.

Nel piede si hanno monconi lunghi e monconi corti. I primi sono i più atti alla protesi e dànno una funzione ottima; i secondi invece sono poco atti ad una funzione e molte volte sarebbe discutibile se non fosse superiore ad essi un'amputazione al terzo inferiore della gamba. Ai primi vanno ascritti i monconi provenienti da amputazione transmetatarsica e dalla disarticolazione di Lisfranc; ai secondi quelli provenienti dalle disarticolazioni di Chopart; la sottoastragalica è piuttosto da porsi dal punto di vista ortopedico fra le amputazioni della gamba.

Non è da ora che si sa come la disarticolazione di Chopart abbia il grave inconveniente di dare quasi sempre dei monconi che si pongono in marcato equinismo, dando molto disturbo nella deambulazione. Ad ovviare a tale inconveniente si era consigliata la tenotomia del tendine di Achille, ma spesso con non buoni risultati. In sul primo l'O. ha cercato di poter ovviare all'inconveniente lamentato dell'equinismo praticando solo la tenotomia achilliana, ma ha veduto che i risultati non erano molto buoni, poichè a poco a poco si aveva di nuovo un equinismo. Pensò allora di ricorrere all'impianto tendineo, e, valendosi del tibiale anteriore come tendine da impiantarsi, essendo un muscolo che può compensare fino ad un certo punto l'azione del tricipite surale, specie quando questo ha subìto la tenotomia, ha impiantato periostealmente sull'astragalo il tendine del tibiale anteriore. Però in qualche caso per la suppurazione che il più delle volte si sviluppa a livello di tali monconi settici, anche se si interviene con molte cautele, l'impianto fallisce e non si ottiene lo scopo. Talora però, quando il tendine è rimasto bene impiantato, si è visto che l'equinismo era per lo meno minore e si andava correggendo con l'uso. Ma data la brevità del braccio di leva nella Chopart, ha pensato, valendosi del dato anatomico, che il tendine del tibiale anteriore si inserisce con una inserzione tendinea allo scafoide, di modificare la Chopart lasciando in posto, quando sia possibile, lo scafoide stesso e raggruppando sull'osso tutte le inserzioni del tendine del tibiale anteriore. Allora, sia colla tenotomia, sia coll'impianto e la conservazione dell'osso scafoide si possono ottenere dei monconi atti ad una funzione assai buona per la deambulazione, supponendo di avere delle parti molli sufficienti e nutrite per un buon lembo.

Dott. L. C. Zapelloni.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Il segno di Barany.

La prova della vertigine calorica o segno di Barany consiste nell'eccitazione termica del labirinto facendo colare sulla membrana del timpano dell'acqua fredda o leggermente riscaldata. Normalmente dopo circa 35 secondi, o anche dopo il passaggio di circa 100 cmc. d'acqua si vede comparire un nistagmo rotatorio o orizzontale, diretto verso l'orecchio non iniettato, e persistente almeno tre minuti. Questo nistagmo è accompagnato da fenomeni subbiettivi variabili: vertigine, pallore, nausea, lipotimia. Inoltre nella posizione di Romberg si ha la caduta del corpo verso il lato dell'orecchio irrigato.

Barany ha anche descritta una prova complementare speciale indicata dagli autori come segno del dito, prova dell'indicazione o past-pointing. Il segno del dito consiste in ciò: normalmente dopo avere osservato ad occhi aperti un dito immobile presentato dall'esaminatore si può ad occhi chiusi ritrovare lo stesso dito; dopo la irrigazione dell'orecchio si devia nell'indicazione ad occhi chiusi di 10-20 centimetri; la deviazione si fa verso il lato dell'orecchio iniettato.

Nei casi anormali l'errore di localizzazione manca ed il dito è ritrovato correttamente nello spazio.

Si può ammettere in linea generale che nei disturbi labirintici si ha dopo la prova calorica un ritardo o mancanza del nistagmo e della caduta, talora aumento e più spesso mancanza dei fenomeni soggettivi, mentre permane il segno del dito (cioè a dire la localizzazione si fa inesattamente). Al contrario la scomparsa del segno del dito (cioè a dire la localizzazione si fa esattamente) con persistenza del nistagmo e della vertigine all'eccitazione calorica del timpano dimostrerebbe un disturbo cerebellare e non labirintico.

Queste conclusioni del Barany non sono generalmente accettate e recentemente Randall e Jones (*The American Journal of the medical sciences*, 1916, n. 4) hanno sostenuto in base ad osservazioni personali che la mancanza di vertigine alla prova calorica sarebbe sempre indice di una lesione cerebellare. DR.

Diagnosi differenziale tra labirintite purulenta e lesioni cerebellari.

I. Friesner riassume nel *Journal of the American Medical Association* (1917, n. 5) le differenze cliniche tra le affezioni cerebellari e la labirintite purulenta, che, come è noto, hanno tre sintomi comuni: i disturbi dell'equilibrio, il vomito e il nistagmo.

Innanzi tutto nelle affezioni cerebellari bisogna distinguere i sintomi generali dovuti, nei casi di tumore, all'aumento della pressione intracranica, o, nei casi di ascesso, al processo infiammatorio, ed i sintomi a focolaio, che consistono o in disturbi motorî o in disturbi dell'apparato vestibolare.

Nelle labirintiti non complicate di rado c'è la cefalea, che nelle lesioni cerebellari è presso che costante. Nelle affezioni del cervelletto ci sono disturbi del sensorio, della respirazione, bradicardia, alterazioni del nervo ottico, paralisi dei nervi cranici: nei processi labirintici questi fatti mancano e dei nervi è compromesso solo l'ottavo e tutt'al più il settimo. Tanto nelle affezioni cerebellari che nella labirintite si ha il vomito, nell'ultima malattia esso non è a getto ed è sempre accompagnato da nausea. D'altra parte questo disturbo nelle suppurazioni del labirinto si va gradatamente attenuando fino a scomparire in pochi giorni, mentre nelle lesioni cerebellari è persistente. Tanto nell'una che nell'altra affezione la temperatura può rimanere normale, ma negli ascessi cerebellari talora la temperatura può essere subnormale ed anche febbrile, il che di solito non si ha nelle labirintiti. Negli ascessi inoltre si ha marcata emaciazione ed alterazioni nel liquido cefalo-rachidiano, fatti che mancano nelle labirintiti non complicate.

Le lesioni cerebellari possono dare ipermetria, asinergia, adiadokocinesia, tremori, disturbi del linguaggio, atonia o ipotonia, catalessi, emiparestia e fissazione del capo. Nessuno di questi fatti si ha nella labirintite.

Con questa le affezioni cerebellari hanno in comune i disturbi dell'apparato vestibolare, alterazioni dei movimenti volontarî del tronco e delle estremità. Nelle labirintiti si ha nistagmo spontaneo con direzione verso il lato sano, mentre la tendenza a cadere, come la deviazione degli arti è verso il lato malato. Al contrario i disturbi obbiettivi dell'equilibrio nelle lesioni cerebellari, cioè la direzione della tendenza a cadere e della deviazione delle estremità, non ha alcun rapporto con il nistagmo spontaneo, nel caso questo sia presente. Al riguardo va ricordato che il verme del cervelletto avrebbe secondo Edinger una funzione *statotonica*, ossia da esso emanerebbero influenze toniche sui muscoli volontari in modo che questi siano capaci di mantenere il corpo

eretto nello spazio. Nelle malattie del verme quindi si hanno disturbi dell'equilibrio con tendenza a cadere di solito verso il lato della lesione. Questa deviazione è di origine centrale e quindi non ha alcun rapporto con gli impulsi provenienti dall'apparato vestibolare e dai muscoli e dalle articolazioni del collo e quivi non subisce alcuna modificazione con gli spostamenti del capo, come avviene nelle labirintiti.

Il nistagmo nelle affezioni cerebellari non ha per altro un carattere ben definito che valga a differenziarlo da quello dipendente da lesioni labirintiche. Tuttavia bisogna rilevare che in queste ultime il nistagmo, come già si è detto per il vomito ma in minore proporzione, va gradatamente diminuendo d'intensità, mentre nelle affezioni cerebellari permane immutato o si accentua.

A tutto ciò va aggiunto che nelle malattie del cervelletto mancano tutti quei sintomi che sono proprî delle affezioni auricolari.

DR.

Le forme cliniche della labirintite.

Dopo aver ricordato che il labirinto può essere invaso da germi della suppurazione per la via dell'orecchio medio, del sangue e delle meningi W. C. Philips (*Journal American Medical Association*, 1917, n. 5) osserva che le infiammazioni dell'orecchio interno possono distinguersi in forme circoscritte e forme diffuse. Accanto a questi due tipi ne esiste un altro che può chiamarsi paralabirintite: si tratta di quei casi di otite media suppurativa che sono accompagnati da attacchi di vertigine, ma senza disturbi della funzione del labirinto. Si può ammettere che in questi casi l'affezione dell'otite media si sia propagata alla capsula ossea del labirinto senza però provocarne la erosione.

Talora in queste forme di paralibirintiti col progredire della infezione può accadere o che si determini una improvvisa rottura della capsula con versamento del materiale infettivo nel labirinto, donde la produzione di una labirintite diffusa, o che si abbia un'erosione graduale della capsula con un processo di labirintite circoscritta. In quest'ultimo caso gli accessi di vertigine con nausea e vomito diventano progressivamente più gravi. Queste forme seguono invariabilmente alle suppurazioni croniche dell'orecchio. L'affezione colpisce le parti terminali del labirinto e quindi questo conserva sempre la sua funzione. L'udito rimane inalterato, il segno della rotazione e di Barany sono normali; talora vi può essere nistagmo spontaneo ad ambo i lati.

La labirintite diffusa può seguire ad una suppurazione acuta o cronica dell'orecchio medio, ma può essere anche il risultato della diffusione di un processo infettivo delle meningi attraverso le vie che congiungono il labirinto con gli spazi linfatici subdurali. Dal punto di vista sintomatologico essa può assumere due forme: 1° forma manifesta o acuta; 2° forma latente o cronica; in questa ultima può mancare ogni sintomo della malattia. L'inizio è sempre improvviso: si ha rapidamente sordità, nausea, vomito, vertigini e nistagmo. Il vomito e la nausea, che non hanno alcun rapporto con la ingestione dei cibi, sono determinati dai movimenti della testa e sono sempre associati. Il nistagmo è a tipo misto, orizzontale e rotatorio, ed è diretto verso il lato sano. Con esso si ha la sensazione di girare su sè stesso o che gli oggetti circostanti si spostino girando. La vertigine obbiettiva consiste in un movimento reattivo del tronco e delle estremità nella direzione del movimento lento del nistagmo, cioè verso l'orecchio malato. Quando i pazienti si provano a camminare tendono a cadere o barcollano verso il lato malato. In tutti i casi mancano sintomi generali, come la febbre, a meno che non sopravvengano localizzazioni intracraniche o esacerbazione di un eventuale processo mastoideo. L'A. ritiene perciò che sintomatologicamente non si possa distinguere la labirintite «sierosa» da quella «suppurativa» come sostiene la scuola di Vienna. Meglio è parlare di labirintite grave, che corrisponderebbe a quella suppurativa, nella quale è abolita la funzione del labirinto, o di forma benigna, corrispondente a quella sierosa, nella quale la funzione non è abolita, ma c'è irritabilità del labirinto.

La labirintite diffusa manifesta che è una complicazione dell'otite media purulenta acuta si può dividere in due classi, quella che si manifesta tre o quattro giorni dopo l'inizio dell'affezione dell'orecchio medio, e quella che compare parecchie settimane dopo in compagnia di una mastoidite acuta. Nel primo caso la labirintite è sempre sierosa ossia mite. Nel secondo caso si ha sempre una forma grave con probabile diffusione della infezione alle meningi.

La labirintite diffusa che complica una suppurazione cronica dell'orecchio medio può anch'essa assumere forme gravi e benigne. Le labirintiti suppurative che producono un processo endocranico, si diffondono cioè alle me-

ningi, sono ordinariamente accompagnate da febbre e cefalea, i sintomi labirintici sono molto violenti e non hanno tendenza a recedere. Al contrario le forme miti che non tendono a diffondersi nelle meningi non dànno nè febbre, nè cefalea ed i sintomi labirintici diventano ogni giorno meno gravi. Il segno più importante della diffusione della suppurazione labirintica alle meningi è dato dunque dalla cefalea e dalla febbre. In questi casi inoltre ci sarà abolizione totale della irritabilità labirintica. D'altra parte anche negli stadii iniziali l'esame del liquido cefalo-rachidiano rivela il processo meningeo. *a. a.*

Labirintiti a focolaio.

M. Yearsley (*The Practitioner*, marzo 1917) richiama l'attenzione sul fatto, già rilevato da Shambaugh, che si dànno labirintiti strettamente localizzate, senza rapporto di contiguità o dipendenza con le otiti medie o con le meningiti, e non legate ad infezioni generali (influenza, tifo, scarlattina, ecc.).

Alle volte è interessato di preferenza l'apparato vestibolare e si hanno vertigini e nistagmo; altre volte lo è quello cocleare e si hanno ipoacusia e tinnito; infine può essere colpito l'intero orecchio interno e si determina la sindrome di Ménière più o meno completa.

Queste infezioni a focolaio sarebbero ematogene: il focolaio primitivo può risiedere nei denti (piorrea alveolare), come pure nelle tonsille (alle volte queste non paiono gravemente colpite, ma sono settiche); inoltre l'A. crede che entri spesso in causa anche un' infezione di origine colica, dacchè molti pazienti si lagnano di stitichezza ostinata e presentano i segni di tossiemia cronica: i germi intestinali penetrerebbero, per effrazione, nel torrente circolatorio, e andrebbero a localizzarsi nel labirinto, per ragioni non precisate.

Rare volte si determina subito distruzione completa del labirinto, con sordità completa; per lo più il processo presenta delle soste e la sordità va progredendo per attacchi acuti: l'A. ascrive questi peggioramenti subentranti a nuove infezioni, in quanto che persiste il focolaio d'origine, dal quale sono immessi nuovi germi in circolo.

La cura di tali casi dovrebbe tendere più che altro ad eliminare il focolaio d'origine: guarire la piorrea, disinfettare la gola od asportare le tonsille, correggere la stitichezza. Se pure la sordità persiste, si emendano almeno i sintomi collaterali, che sono spesso molto penosi. R. B.

Polmonite embolica conseguente all'operazione di mastoidite.

(GEORGE L. RICHARDS, *The Boston Medical and Surgical Journal*, 10 agosto 1916).

L'A. ha avuto occasione di osservare tre casi, dopo l'apertura della mastoide, in cui seguirono sintomi di infarto embolico del polmone, localizzato e limitato, con i primi sintomi di polmonite e pleurite. Casi consimili debbono essere piuttosto rari e, a spiegarli, bisogna pensare all'esistenza di un trombo parietale del seno laterale, il quale non ha dato alcun segno di tromboflebite.

Negli esempi recati dall'A. non vi è nulla di particolarmente interessante riguardo all'otite media purulenta acuta e alla conseguente mastoidite; questa talora si era stabilita anche dopo miringotomia che aveva dato esito a pus in copia notevole. L'operazione, alla quale si era giunti anche dopo esplorazione metodica della regione mammillare mediante i raggi X, non aveva incontrato speciali difficoltà; l'anestesia generale era stata breve e senza incidenti. I tre soggetti furono colti d'improvviso, rispettivamente 2, 11, 22 e 28 giorni dopo l'intervento, da dolore fiero al costato e all'esame fisico si ebbero i segni dell'esclusione di un segmento polmonare, per infarto conseguente ad embolo, e quindi pleurite reattiva. Non si poteva pensare che a un piccolo trombo parietale del seno laterale passato poi al lato destro del cuore e quindi nel polmone. In tutti i casi la complicanza apparve dal lato stesso dell'operazione retroauricolare, eccetto in un caso, in cui entrambi i lati furono affetti, e da prima quello in cui si era avuto l'intervento.

In questo ultimo caso, il paziente che era medico, riebbe gli stessi sintomi dopo 16 giorni da che era stato colpito il polmone omonimo al lato operato.

Questi infarti con polmonite embolica (febbre alta con brivido, dolore acuto, sputi sanguigni, ecc.), ebbero tutti decorso favorevole. G. B.

TERAPIA.

L'intolleranza agli arsenobenzoli: cause e mezzi per prevenirla.

Danysz (*C. R. Accademie des Sciences*, n. 14, 1916) considera i disturbi del primo grado, che si manifestano rapidamente e gli accidenti tardivi. Nel primo caso l'intolleranza è dovuta alla presenza nel plasma di una quantità più o meno forte di sali (specialmente fosfati di calcio), che formano con gli arsenobenzoli dei

composti insolubili, causa di embolie. Tali precipitati però, per la presenza di alcune basi, che disciolgono i composti di arsenobenzoli, si ridisciolgono rapidamente. Le cause secondarie (tecnica difettosa, tara patologica dell'ammalato) non hanno influenza sull'andamento regolare delle reazioni e tutto si svolge come se la quantità dei prodotti precipitati contenuti nel sangue diminuisse ad ogni iniezione. Quando le cause dell'intolleranza sono umorali e preesistenti, ogni iniezione è vaccinante e profilattica per l'iniezione seguente.

Quando si tratta di accidenti tardivi i primi sintomi, generalmente leggieri, compaiono poco dopo l'iniezione e si aggravano progressivamente: alla seconda iniezione ed alle seguenti, aumenta l'intensità dei disturbi, che possono persistere per diversi giorni e terminare con convulsioni e coma.

Le manifestazioni patologiche e le cause sono le stesse che nei disturbi del primo grado: le differenze sono puramente quantitative, e sembra che negli accidenti tardivi le quantità dei prodotti precipitanti aumenti ad ogni iniezione, anzichè diminuire. Nei disturbi del primo grado le iniezioni successive conducono ad una immunità crescente, negli accidenti tardivi invece ad un'anafilassi.

Praticamente, si può ritenere che si può diminuire l'intolleranza preesistente agli arsenobenzoli con iniezioni preventive di piccole dosi di tali prodotti. È possibile inoltre diagnosticare i casi di intolleranza tardiva iniettando all'ammalato due piccole dosi del medicamento a 3-4 giorni d'intervallo. Se la seconda dose è tollerata meglio che la prima, si può continuare la cura senza timore, altrimenti sarà prudente interromperla, tentando di vaccinare l'ammalato con dosi piccolissime (grammi 0.01-0.02). FIL.

I pericoli dell'adrenalina nelle malattie di cuore.

Fridericia (*Ugeskrift for Laeger*, 1915). — Da alcuni anni si usano con profitto nell'asma bronchiale le iniezioni sottocutanee di adrenalina. Queste sono, a dire di molti, praticamente innocue, benchè siano stati descritti casi nei quali si manifestarono palpitazioni, pallore, senso di freddo, vertigini, tremori. Sono anche ricordati cinque casi di morte riferiti al potente farmaco; però l'attento esame dei medesimi permette di constatare come si tratti o di dosi troppo elevate in malati assai gravi, o di bambini assai deboli.

Spesso furono però osservati sintomi allarmanti, per quanto non letali, dopo una iniezione endovenosa di adrenalina. L'esperimento negli animali ha dimostrato che colla via sottocutanea la tolleranza è 10-50 volte maggiore che colla endovenosa e ciò si deve al fatto che il 94 % di essa è neutralizzato prima di essere assorbito.

Tuttavia anche per via sottocutanea l'adrenalina in certi casi può riuscire pericolosa, e lo dimostrano le osservazioni seguenti:

Un uomo di 62 anni entrò all'ospedale colla diagnosi di asma bronchiale: si trattava in realtà di un caso di angina pectoris con asma cardiaco ed enfisema polmonare. Esaminato durante un attacco di grave dispnea, si ritenne dal medico di guardia utile una iniezione di cmc. 0,4 di una soluzione al millesimo di adrenalina. Dopo 10 minuti si manifestò collasso, aumentò la dispnea, il malato sudava freddo, mentre il polso si fece così piccolo, da non poter essere contato, finchè dopo poche ore il malato morì.

Del pari una seconda inferma fu ammessa in ospedale con diagnosi di enfisema ed asma bronchiale, mentre si trattava di asma cardiaco, con degenerazione miocardica, angina pectoris, stasi polmonare, ecc. Al secondo giorno di degenza, essendo aumentata la dispnea, fu fatta una iniezione sottocutanea di 0,40 cmc. della stessa soluzione al millesimo. Aumentò la dispnea e si accompagnò a vomito, angoscia. Alcune iniezioni di canfora e di morfina poterono dissipare tutta la sindrome minacciosa. Dai casi ricordati si deduce che l'adrenalina è controindicata nell'asma cardiaco.

Recentemente l'adrenalina fu consigliata anche nell'angina pectoris, perchè da esperimenti fatti in alcuni animali risultò che essa dilata le arterie coronarie. Ma i risultati clinici non confermarono gli esperimenti e si potè difatti vedere che l'uomo e la scimmia si comportano a tal riguardo esattamente in maniera opposta.

In generale può dirsi che ogni caso di debolezza cardiaca controindica l'uso dell'adrenalina, solo nell'astenia cardiaca dei polmonitici, dei difterici, dei malati di febbre tifoide una iniezione di adrenalina può riuscire benefica, utilizzandosi la sua proprietà vasocostrittrice.

P. C.

IGIENE.

LABORATORIO BATTERIOLOGICO DI BELLUNO.

Distruzione dei pidocchi coi vapori di ammoniaca.

Dott. SAVERIO VENTIMIGLIA.

L'Ufficio internazionale d'igiene pubblicava nel bollettino del maggio 1916 la recensione di un lavoro di N. H. Swellengrebel sulla distruzione dei pidocchi coi vapori di una soluzione di ammoniaca al 25 %.

Siccome non era indicato quanta soluzione fosse necessaria far evaporare in un dato ambiente, il medico provinciale dott. Ghiglione mi incaricò di controllare il metodo e di fissare il quantitativo.

Con una serie di esperienze ho potuto stabilire che facendo evaporare 800 cmc. di soluzione per metro cubo di ambiente e lasciando esposti gli indumenti per due ore a partire dal momento in cui tutto il liquido è evaporato, vengono uccisi sicuramente i pidocchi e le loro uova.

Per far evaporare l'ammoniaca mi son servito di un apparecchio Breslavia che con un tubo di gomma comunicava con un armadio di legno, chiuso ermeticamente con strisce di carta, nel quale sospendevo gli indumenti.

Belluno, 21 febbraio 1917.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(814) Al dott. F. C., Palermo:

Un buon giornale francese di elettricità medica, in cui vengono trattate questioni di fisioterapia e di radioterapia e che non ha sospeso le pubblicazioni è il *Journal de radiologie et d'électricité mìdicale*, ed. Masson.

Un buon trattato moderno è quello di T. Nogier, *Physioterapie et électrothérapie*, traduzione italiana, ed. Vallardi.

P. A.

(815) Al dott. D. S., abb. n. 3130:

Il libro cui accenna è del dott. NINO GAZZANICA: *Le Istituzioni antitubercolari in Italia nel 1914*, edito per la «Federazione Italiana Opere antitubercolari» dallo Stabilimento tipografico Ditta F. Fossati, Milano 1914.

A. R.

(816) Al dott. A. S.:

Il giornale *España Médica* si pubblica a Madrid, Oficinas San Marcos, 39, bajo. L. P.

VARIA.

Organizzazione sanitaria tedesca.

Nell'ultimo congresso medico tenuto a Varsavia W. Schgeping espose l'organizzazione del servizio sanitario tedesco: 24,000 medici mobilitati; un terzo presta servizio negli ospedali dell'interno e gli altri due terzi al fronte; 3000 medici prestano servizio nella Croce Rossa; 400 sono i dentisti, 1800 i farmacisti e 92.000 individui sono impiegati nel servizio sanitario.

Negli ospedali di Germania prestano servizio 72,000 infermieri volontari e 22,000 sulle linee di comunicazione, 238 treni ospedali assicurano il trasporto dei feriti dagli ospedali di guerra agli ospedali regionali. L. P.

Le carte per il sapone in Germania.

La quantità di sapone o di altro consimile materiale fatto con grassi venne stabilita nella quantità di gr. 50 mensili ad ogni persona per sapone da toletta e da barba, oppure 250 gr. di sapone in polvere. Di sapone verde non ve n'è affatto disponibile.

Gli ospedali ricevono il sapone sufficiente per i loro bisogni; però i medici, le levatrici e le infermiere debbono provvederlo personalmente ed hanno diritto ad una razione doppia di quella citata.

Per quanto riguarda il consumo dei cibi sembra che la regolamentazione sia stata fatta senza interpellare i medici, sicchè ne sono seguite gravi difficoltà per la fornitura speciale di latte, burro, crema e carne per gli ammalati.

(*Journ. of. Am. med. Assoc.*, 4 nov. 1916).

FIL.

I fondi di caffè in Germania.

Una Ditta di Berlino raccoglie i fondi di caffè e più specialmente quelli dei vari cereali sostituiti al caffè e li dissecca per confezionarne del mangime per il bestiame.

Un appello ufficiale è stato fatto ai tenitori di ristoranti e d'altri negozi del genere, per preservare e raccogliere i fondi di caffè a tale scopo.

(*The Journal A. M. A.*, 10 febbraio 1917).

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ROSSI GIACOMO. Il rimboschimento delle dune nei riguardi igienici anche in rapporto colle bonifiche idrauliche. — Portici, 1916.

DESSY S. Como preparo mi vacuna tifica. Algunas consideraciones sobre su probable mecanismo de acción. — Buenos Aires, 1916.

RANELLETTI ARISTIDE. L'Università Popolare Romana nel 1915-16 - Anno XV. (Relazione). — Roma, 1916.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI PARLAMENTARI.

Il tracoma nell'esercito.

Ad una interrogazione dell'on. Rampoldi il ministro della guerra ha così risposto:

« La profilassi antitracomatosa nell'esercito è attualmente imperniata sul concetto che i tracomatosi sono assolutamente esclusi dalle file dell'esercito o, se per avventura vi rientrino, ne siano immediatamente allontanati; concetto concretato nell'articolo 41 dell'elenco delle infermità e che, rigorosamente applicato, ha completamente purgato l'esercito dal morbo.

« L'intenso movimento degli uomini, chiamati alle armi, con le sue ondate non sempre disciplinabili dalla funzione medico-legale dei consigli di leva e dei distretti, ha riportato nelle file dell'esercito nuclei di tracomatosi minacciando per la loro promiscuità una nuova diffusione del morbo; ma il pronto intervento del Ministero e dell'Ispettorato di sanità militare ha annullato il fenomeno nel suo primo riapparire.

« La profilassi antitracomatosa nell'esercito adunque ha avuto finora carattere — diciamo così — negativo, in quanto tutta l'azione ne è rimasta sempre affidata alle provvidenze della sanità pubblica che ha organizzato un complesso ed efficacissimo congegno di difesa come tutti sanno.

« Senonchè il fenomeno del tracoma procurato ha determinato la necessità di porre il problema non più nel senso di ricercare i mezzi più atti ad impedire l'entrata dei tracomatosi nell'esercito o ad agevolarne la pronta eliminazione, ma nella esatta valutazione del pericolo che la presenza dei tracomatosi, nelle sue varie forme e fasi, rappresenta per la sicurezza sanitaria dell'esercito.

« A tal proposito ho costituita una apposita Commissione per la revisione dell'elenco delle infermità ed ho incaricato un illustre oculista (il prof. Cirincione) di compiere delle ispezioni e chiarire esaurientemente la situazione.

« Quando le nuove disposizioni saranno emanate — e sperasi presto — saranno rese ancora più salde le maglie di quella rete profilattica che è stata ordita industriosamente e pazientemente per un triennio per contenere e combattere il triste morbo ».

Nell'affezione d'ernia.

Ad una interrogazione diretta al ministro della guerra « per conoscere i motivi per i quali l'affezione d'ernia consente soltanto ai soldati la riforma e non anche agli ufficiali e se, ritenuto che l'uso del cinto, specialmente nelle regioni montuose, non sempre impedisce gravi conseguenze, non ritenga di dare almeno disposizioni immediate perchè tali ufficiali vengano esonerati dalle fatiche di prima linea », il ministro della guerra ha risposto richiamandosi alle disposizioni vigenti per effetto delle quali la disparità esiste effettivamente. Poi soggiunge: « La questione è allo studio di una speciale commissione da me nominata che attende alla revisione del vigente elenco di infermità e porterà la sua speciale attenzione sull'art. 77 perchè scompaia quella diversità di trattamento oggi esistente tra ufficiali e militari di truppa prescrivendo per tutti l'idoneità al servizio salvi i casi estremi ».

Militari di sanità.

Ad un'interrogazione dell'on. Rubilli il ministro della guerra ha risposto di avere « già ordinato, fin dallo scorso gennaio, che dai trasferimenti a depositi di fanteria di militari di sanità siano eccettuati quelli che, pur non possedendo i titoli professionali richiesti, sono stati da tempo adibiti alle funzioni di infermieri, e sono quindi da ritenersi praticamente abilitati alle mansioni stesse.

« Saranno pure lasciati ai reparti di sanità i militari già designati per il servizio di portaferiti e che abbiano l'attitudine fisica all'uopo necessaria.

« Tali disposizioni riguardano i militari di sanità anche di classi giovani fino a quella del 1894 ».

Altre interrogazioni.

Sono state presentate anche le seguenti interrogazioni:

dell'on. Bussi al ministro della guerra, per sapere se le facilitazioni d'avanzamento relative agli ufficiali in congedo durante la guerra (Decreto Luogotenenziale, n. 1652, 20 novembre 1916) sono anche applicabili ai medici militari ufficiali di complemento, provenienti dai borghesi, i quali avendo raggiunto la metà della permanenza minima nel grado stabilito dall'art. 7 della legge 2 luglio 1896, n. 254, dovrebbero potere beneficiare delle facilitazioni sopra ricordate;

dell'on. Nuvoloni al ministro della guerra, per conoscere se possa dare notizia dei motivi pei quali — dopo aver emanato la circolare 14 luglio che regola l'assegnazione dei gradi agli ufficiali medici di complemento — dia alla stessa circolare effetto retroattivo, generando grave malcontento con danno del servizio;

dell'on. Libertini al ministro della guerra, per sapere se non creda concedere agli studenti di primo e secondo anno della facoltà di medicina e chirurgia, le stesse facilitazioni accordate a quelli di terzo e quarto anno per lo svolgimento e la continuazione dei loro studi;

degli on. Maffi e Brunelli ai ministri della guerra e dell'interno sulla tutela igienica delle giovani classi 1898 e 1899; sulle semplificazioni e migliorie portate o da portare nel servizio delle riforme dal servizio militare; sulla lotta contro la tubercolosi in rapporto al servizio militare;

dell'on. Rampoldi ai ministri dell'interno e della guerra sulla convenienza che i soldati divenuti ciechi per ferite siano inviati, per evidenti ragioni di umanità, negli istituti di rieducazione più vicini alla dimora delle loro famiglie.

Cronaca del movimento professionale.

Liquidazione delle indennità di infortunio agli equipaggi delle navi requisite o noleggiate dallo Stato. — Con Decreto Luogotenenziale 8 marzo 1917, n. 471, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 29 marzo u. s., è stato autorizzato il Ministero della Marina ad affidare alla Cassa Nazionale Infortuni la liquidazione ed il pagamento delle indennità per infortuni accaduti agli equipaggi delle navi requisite o noleggiate dalle Amministrazioni dello Stato.

Alla Cassa Nazionale Infortuni, a tutti gli effetti del presente Decreto, potrà essere attribuita la rappresentanza della Amministrazione Marittima anche in sede di arbitrato.

Il nuovo provvedimento luogotenenziale costituisce il logico e necessario completamento delle disposizioni contenute nel Decreto 15 febbraio 1917, n. 415, in forza del quale veniva allo stesso Istituto affidato l'importantissimo e delicato servizio della liquidazione e del pagamento delle indennità per infortuni incolti ad operai nella zona di guerra.

Le Amministrazioni Militari hanno in tal guisa interamente affidato alla Cassa Nazionale Infortuni il compito di liquidare e pagare tutte le indennità di infortunio che in forza di varii provvedimenti luogotenenziali sono dalle medesime direttamente dovuti.

Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie.

LISTA DEL « POLICLINICO ».

TOTALE INCASSATO e già versato alla Presidenza della Federazione degli Ordini dei Sanitari del Regno in Bologna . . . . L. 3198.20

Altre offerte susseguentemente pervenuteci:

Prof.	Giulio Mòglie	Roma	L.	10.—
Dott.	Guido Demi	Chianciano	»	10.—
»	Massimo Caleffi	Imola	»	10.—
»	cav. V. Belleli .	Aless. d'Egitto	»	36.23
»	» U. Borghi (1) id.	id.	»	36.23
»	» A. Borghi id.	id.	»	18.11
»	Cesare Antinori . . .	Macerata	»	20.—
»	Luigi Zanon Dal Bo, medico direttore dell' osp. prov. .	Treviso	»	20.—
»	Egisto Duse, Primario id.	Id.	»	10.—
»	Piero Ricci, Primario id.	Id.	»	10.—
»	Pio Bastai, Primario id.	Id.	»	10.—
			L.	190.57

(1) Per mezzo del dott. Cav. G. Colloridi.

Coloro che intendono contribuire, possono inviarere le loro offerte alla nostra Amministrazione, essendo la sottoscrizione tuttora aperta.

Dalla Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici in Bologna, riceviamo e siamo onorati di pubblicare:

Bologna, li 27 marzo 1917.

Ill.mo Signore,

Nell'accusarle ricevuta del vaglia di L. 3198.20 (tremilacentonovantotto e cent. 20), ammontare delle offerte a favore della sottoscrizione contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie, raccolta da codesto Spett. periodico, mi è gradito porgere a Lei e a tutti i componenti la Direzione ed Amministrazione del *Policlinico* le espressioni della più sentita riconoscenza, per il valido appoggio e il proficuo concorso prestato per la nostra sottoscrizione.

Sarà mia cura segnalare nel Bollettino di questa Federazione il notevole esito della loro iniziativa, additandola ad esempio di quanti dovrebbero adoprarsi per la migliore riuscita dell'opera umanitaria da noi intrapresa.

Con i migliori ossequi

Il Presidente
F.to: LUIGI SILVAGNI.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

Servizio medico militare. — Al dott. D. B., Zona di Guerra:

Non vi è nessuna circolare o decreto che fissi disposizioni sull'avvicendamento dei medici. Il Ministero segue bensì la norma, nei limiti del possibile, di avvicendarli dalla Zona di Guerra quando abbiano *compiuto il 40° anno di età* e si trovino in suddetta zona da oltre un anno. Il collega quindi potrà far domanda di avvicendamento quando avrà compiuto il 40° anno di età, se da più di un anno trovasi in Zona di Guerra.

All'abb. n. 5480:

Il diritto alla nomina a capitano dopo i 15 anni di laurea non è stato abrogato ed il collega potrà a suo tempo far domanda di promozione tenendo presenti le norme della circolare 734 del G. M. 1916.

Al dott. A. R., Zona di Guerra:

Nessun decreto del 22 agosto 1915 porta il numero 1311 fra quelli pubblicati sul Giornale Militare.

All'abb. n. 689:

La dichiarazione di inabilità alle fatiche di guerra è necessaria anche per i medici delle classi non ancora mobilitate per ottenere l'esonero.

Al dott. G. R., Zona di Guerra:

Un sottotenente può sperare di esser promosso tenente dopo nove mesi di servizio di cui quattro in Zona di Guerra. La proposta deve esser fatta dal Comando del reggimento. Circa poi l'avvicendamento per i servizii di prima linea e gli altri della Zona di Guerra non esiste alcuna circolare in proposito.

Tale avvicendamento è lasciato al buon senso del Direttore di Sanità del Corpo d'Armata al quale non si deve fare alcuna ufficiale domanda, perchè si presume che egli provveda ad avvicendare con criterio il personale medico che da lui dipende.

Naturalmente molte volte le esigenze di servizio si sovrappongono a tale avvicendamento tra prima e seconda linea, o per lo meno lo ritardano.

Al dott. B. V., V. d'E.:

Il collega può far domanda al Distretto di subire nuova visita. Però deve tener conto che corre il rischio di esser dichiarato idoneo se non a tutti i servizii, almeno a quelli territoriali, che certo sono meno gravosi della sua condotta in montagna.

All'abb. n. 1356:

Al collega non spetta più alcuna indennità poichè la chiamata della classe in genere basta per togliere il diritto all'indennità a quelli che trovavansi sotto le armi precedentemente.

Al dott. R. P., Zona di Guerra:

I mesi durante i quali il collega ha prestato servizio come assimilato *non hanno valore* agli effetti dell'anzianità od altro. M. G.

Al dott. L. Q.:

Le questioni di avanzamento di tutti gli ufficiali di Marina sono di competenza della Direzione Generale degli ufficiali del Ministero della Marina.

I signori ufficiali medici che desiderassero notizie circa le possibilità della loro carriera devono indirizzare regolare domanda in carta bollata al Ministero, Direzione Generale degli ufficiali, quando non abbiano la pazienza di consultare tutti i decreti che furono, sono e saranno emanati.

P.

Al dott. Alfa Beta, Zona di operazioni:

Non rispondiamo a domande anonime; legga l'avviso che segue. P.

Malgrado i nostri ripetuti ammonimenti, continuano a pervenirci molti quesiti non firmati, ai quali non diamo esito.

Su richiesta degli abbonati, possiamo omettere il loro nome sul giornale e limitarci a contraddistinguere i quesiti con le iniziali ovvero con il numero d'abbonamento; ma è necessario che eglino ci si facciano riconoscere.

ALBO D'ORO.

Ricompense al valor militare per la campagna di guerra in Libia.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

Veltri Francesco, da Belmonte Calabro (Cosenza), tenente medico 48° reggimento fanteria. — Per mirabile prova di coraggio data nel curare i feriti sotto violento fuoco nemico. Rimaneva egli stesso gravemente ferito nel compimento di quest'opera pietosa. — Uadi Marsit, 6 aprile 1915.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Corti Luigi, da Palermo, capitano medico ospedale Bengasi. — Per chiara prova di ardimento e di altruismo dimostrata nell'adempimento dei suoi doveri di ufficiale medico durante il combattimento. — Gheifat, 9 marzo 1915.

Bianchini Giuseppe, da San Quirico d'Orcia (Siena), tenente medico 12° battaglione indigeni eritrei. — Per bella prova di coraggio e di altruismo data nel soccorrere i feriti durante il combattimento. — Gheifat, 9 marzo, e Sira Gmaisil, 11 marzo 1915.

Bugliarello Federico, da Lentini (Siracusa), tenente medico 7° battaglione indigeni Libia. — Per bella prova di coraggio e di altruismo, data nel soccorrere i feriti durante il combattimento. — Gheifat, 9 marzo, e Sira Gmaisil, 11 marzo 1915. — Si distinse, anche, all'Uadi Serech, 17 marzo, e Bosco Zorda, 11 marzo 1915.

Negri Giovanni, da Conselice (Ravenna), tenente medico della riserva addetto residenza di Misda. — Per bella prova di energia e di serenità data nel soccorrere, durante il combattimento, numerosi feriti, anche sotto il fuoco nemico. — Uadi Marsit, 6 aprile 1915.

Cicco Giovanni, da Andria (Bari), tenente medico 4° battaglione libico. — Per aver fornito bell'esempio di calma serena e di attività nell'adempimento del suo pietoso ufficio, durante il combattimento. — Casr Bu Adi, 29 aprile 1915.

Cortella Francesco, da Ovada (Alessandria), sottotenente medico di complemento 11° reggimento bersaglieri. — Per il bel contegno tenuto nel prestare l'opera sua d'ufficiale medico durante il combattimento. — Cardasi, 29 aprile 1915.

In commutazione dell'encomio solenne già conferito:

Casella Dante da Parma, capitano medico 4° battaglione libico. — Nel combattimento di Nufilia del 23 marzo 1914, con calma e coraggio esemplari, sotto il fuoco nemico, prestava affettuosamente l'opera sua ai feriti, continuando impavido nella sua prestanza, anche quando vide colpito, per altre due volte un ferito che egli curava, e si vide, egli stesso, colpito da un proiettile di fucileria rimbalzato.

Loscalzo cav. Vito Vincenzo, da Marsico Nuovo (Potenza), maggiore medico zona Derna. — Per l'opera zelante ed efficace compiuta nel dirigere il servizio sanitario durante il combattimento, dando bella prova di energia, e, anche, di coraggio. — Kaulam, 1°, 27 luglio 1914.

ENCOMIO SOLENNE.

Ferrari Mario, da Torino, tenente medico truppe coloniali Libia. — Per il lodevole contegno tenuto durante gli attacchi dei ribelli contro la banda indigena, alla quale erasi aggregato volontariamente. — Mezezzem, 31 gennaio e 2 febbraio 1915.

Ugurgieri Gastone, da Castel del Piano (Grosseto), sottotenente medico di complemento ospedale di Tolmetta. — Per il lodevole modo col quale disimpegnò il suo dovere di ufficiale medico durante il combattimento. — Sidi Gibrin e Bosco della Zorda, 12 marzo 1915.

NOTIZIE DIVERSE

Congresso italiano delle Scienze.

Il 2 corr. venne inaugurato a Milano il Congresso annuale della Società per il Progresso delle Scienze, con il concorso del Comitato Nazionale scientifico-tecnico per lo sviluppo e l'incremento dell'industria italiana.

Erano presenti il ministro Scialoja, numerosi senatori e deputati, altre autorità civili e militari ed un grandissimo numero di personalità del mondo scientifico, venute da tutte le parti d'Italia.

Tenne il discorso inaugurale il ministro Scialoja, il quale mise in pieno rilievo l'utilità pratica degli studii scientifici e assicurò l'interessamento del Governo allo sviluppo della scienza italiana, comprovato dalla sovvenzione di un milione concessa dal ministro della P. I. ai laboratori scientifici, in aggiunta ad una somma corrispondente destinata all'uopo dagli industriali.

Si provvede così alla coordinazione delle nostre forze, anche per i problemi formidabili del dopo guerra, e ci si prepara nel miglior modo allo sfruttamento delle nostre energie latenti ed ignorate. La solidarietà con gli alleati renderà più attiva e feconda questa realizzazione, conferendole un fondamento concreto di reciproca solidarietà: ne è felice indicazione e chiaroveggente proposito l'iniziativa dell'Associazione per l'intesa intellettuale per il convegno sul «libro italiano», mentre, da parte sua, il Governo si occupa della diffusione della lingua italiana tra i paesi alleati.

Prese anche la parola il sen. Colombo.

In questa e nelle sedute successive si procedette allo svolgimento dei lavori.

Poco prima del Congresso degli scienziati, venne inaugurata l'Associazione per lo sviluppo dell'alta coltura. Tenne uno splendido discorso il sen. Mangiagalli; egli illustrò il concetto che la guerra ha rivelato l'importanza sovrana della scienza e dimostrò che l'incremento della scienza risponde non solo a fini intellettuali, ma utilitarii immediati.

Lo stesso giorno ebbe luogo anche l'inaugurazione del convegno sul «libro italiano», promosso dall'Associazione italiana per l'intesa intellettuale dei paesi alleati ed amici. Pronunziò il discorso inaugurale il sen. Volterra; il comm. Biagi svolse poi il tema «sul modo di diffondere all'estero, mediante il libro, il pensiero italiano, e di far conoscere in Italia le migliori opere straniere», sul quale s'impegnò un'elevata discussione.

Daremo notizia, in un altro fascicolo, del lavoro fornito in queste riunioni e degli ordini del giorno approvati, in rapporto specialmente alle discipline mediche e biologiche.

Nave-ospedale inglese affondata.

Nella notte dal 20 al 21 marzo un sottomarino tedesco silurò senza preavviso la nove-ospedale britannica «Asturias», mentre questa aveva tutti i fuochi regolamentari, e tutte le insegne e distintivi della Croce Rossa erano brillantemente illuminati.

Vi sono 31 morti fra cui 11 militari; 39 feriti fra cui 17 militari; 12 scomparsi fra cui una infermiera militare ed una cameriera.

Per la disciplina dei consumi.

Il prof. Gabriele Tedeschi, assessore per l'igiene del comune di Napoli, ha tenuto in questa città una conferenza sulla politica dei consumi. Dopo aver fissato le linee generali del problema, l'O. è sceso ad una analisi minuta e pratica di esso. Occupandosi principalmente dei bisogni delle popolazioni del mezzogiorno d'Italia, ha messo in rilievo la loro tradizionale sobrietà, per cui non sarà dalle stesse mal tollerato qualche nuovo sacrificio che si rendesse necessario. Elencando partitamente gli elementi fondamentali dell'alimentazione, ha indicato per ciascuno i mezzi migliori per un utile risparmio, fissando i seguenti capisaldi: destinazione esclusiva del grano alla panificazione e alla produzione di paste alimentari, limitando la distillazione dell'alcool dai cereali e impedendo la vendita della farina; istituzione di un tipo unico di paste alimentari abburattate al 75 %; aggiunzione delle patate al pane ed alle paste; risparmio spinto al massimo limite delle carni, per assicurare una sufficiente dotazione all'esercito e per non falcidiare ulteriormente lo scarso bestiame da lavoro; utilizzazione dei surrogati dei grassi, degli olii e dello zucchero ed aumento del consumo di verdure, corrispondentemente alle teorie vegetariane ed in ossequio ai più recenti acquisti dell'igiene. L'O. si è dichiarato favorevole alla tesserazione.

***

Il dott. Vincenzo Muccio, ufficiale sanitario del comune di Modica, ha tenuto in questa città una conferenza nella quale ha documentato le gravi distrette alimentari tra cui si dibattono gli Imperi Centrali ed ha prospettato la necessità di sottoporci, invece, ad una ben intesa parsimonia, la quale si traduce infallantemente in igiene e sanità.

Dispensario gratuito "Regina Elena" in Spezia per la cura dei bambini poveri.

Dalla relazione generale del Comitato, pubblicata il 2 gennaio 1917, si rileva che questo Dispensario venne fondato dal comm. dott. Luigi Raspolini a sue spese il 15 settembre 1886, istituito dietro sua richiesta sotto il patronato della Misericordia il 17 settembre 1891 ed intitolato per Augusta concessione nel 1898 «Principessa Elena» e nel 1901 «Regina Elena».

Scopo del Dispensario è quello di assistere i lattanti, rinvigorire i bambini deboli e curare quelli ammalati. Nei locali del Dispensario furono eseguite visite mediche, chirurgiche e relative cure, distribuiti medicinali, medicazioni, sussidi alimentari, ecc., istruite le madri nell'igiene e nell'assi-

stenza dei loro figli, in casi speciali assistite e curate le madri che allattavano, mentre in casi più gravi le cure furono proseguite a domicilio. I bambini, dalla più tenera età fino ai quindici anni, furono ammessi mediante fede di povertà od altro certificato equivalente. Il Dispensario fu sostenuto dalle oblazioni ed amministrato da un apposito Comitato.

Dalla fondazione a tutto il 31 dicembre 1916 i bambini curati furono 32.995 e le visite mediche e chirurgiche 210.468. Le spese raggiunsero la somma totale di L. 83.128,66, di cui L. 55.124,06 provennero dalla privata e pubblica beneficenza e L. 28.004,60 alla Cassa del Pio Istituto dal comm. dott. Luigi Raspolini, quale proprio contributo per completare la somma spesa nella cura dei bambini poveri, per i quali Egli da oltre 30 anni dà l'opera sua gratuita con zelo ed abnegazione.

Inoltre durante la guerra Libica e nell'attuale guerra Nazionale il dott. Raspolini provvide e provvede alla cura ed all'assistenza di un grande numero di famiglie di richiamati.

Ambulatorio gratuito per la cura delle ustioni.

Il Ministero della Guerra ha autorizzato l'Ospedale di Riserva di via Montebello in Roma, ove ha sede il servizio per la cura delle ustioni e delle congelazioni di guerra, ad aprire un pubblico ambulatorio per la popolazione civile.

Il telegrafo ci annuncia la morte di EMILIO BEHRING.

La personalità di EMILIO BEHRING emerge fra le figure più rappresentative della scienza tedesca contemporanea, e il suo nome, reso celebre dalla sieroterapia antidifterica, era, già da tempo, uno dei più familiari e dei più rispettati in tutto il mondo civile.

Nato ad Handsdorf, nella Prussia Orientale, dapprima medico militare, poi assistente nell'Istituto per le malattie infettive di Berlino, fu nominato, nel 1895, professore d'Igiene ad Halle e, poco dopo, a Marburgo.

Le prime pubblicazioni che misero in luce il nome del BEHRING e furono, in pari tempo, il punto di partenza della sua opera scientifica principale, riguardano la tanto dibattuta azione antisettica dell'iodoformio. Egli dimostrò, per il primo, che questo antisettico diviene tale solo allorquando, in contatto dei tessuti vivi e dei microbi, pone in libertà il suo iodio.

Successivamente trovò che la combinazione dello iodio con una ptomaina fra le più conosciute, la cadaverina, è meno tossica della cadaverina sola.

Queste esperienze sono state il filo conduttore che ha guidato EMILIO BEHRING nella feconda via della neutralizzazione dei veleni microbici.

Dopo una serie di ricerche molto interessanti e originali sull'immunità dei ratti verso il carbonchio e sul potere battericida del siero di questi animali, nel 1890, egli riuscì ad accertare nel siero di sangue degli animali vaccinati, la comparsa di proprietà capaci di neutralizzare i due più potenti veleni conosciuti in batteriologia: quello della difterite scoperto da Roux e Yersin e quello del tetano, posto in evidenza da Knud Faber.

La dimostrazione di questa immunità antitossica ha dischiuso un grande e luminoso avvenire alla profilassi e alla cura delle malattie infettive, ha suscitato un movimento scientifico del tutto nuovo ed è stata anche feconda di immensi benefizi sociali, perchè il siero antidifterico ha risparmiato un numero incalcolabile di vite umane.

In questi ultimi tempi EMILIO BEHRING aveva anche affrontato il problema della tubercolosi.

Un primo e già promettente saggio di questa sua geniale operosità, in una questione che è forse la più ardua della patologia, Egli lo aveva dato, dimostrando la possibilità di ottenere la vaccinazione antitubercolare negli animali bovini, mediante la iniezione endovenosa di bacilli tubercolari umani.

EMILIO BEHRING scompare in un momento nel quale tutto il mondo civile, travolto in un dramma gigantesco che ha posto ormai di fronte due opposte concezioni della civiltà futura del nostro pianeta, è insorto inorridito contro gli abbominevoli delitti di un militarismo belluino che è, purtroppo, il risultato e la culminazione della tanto celebrata cultura germanica.

Noi deploriamo che anche il nome di EMILIO BEHRING figuri nella famosa lista dei 93 grandi maestri della cultura tedesca, sottoscrittori del celebre appello del 1914, alle «nazioni civili», nel quale il militarismo germanico era esaltato allo scopo di giustificare la violazione dei trattati, il tradimento della fede giurata, la distruzione delle città, l'incendio meditato delle opere d'arte e delle biblioteche universitarie e i sistematici massacri di donne, di vecchi, di fanciulli, di ostaggi, di prigionieri e di cittadini inermi!

Questa sciagurata aberrazione di uomini eminenti, che si dichiarano solidali con una casta militare e con una corrente pangermanista responsabili dei crimini più efferati che ricordi la storia, ci ha reso persino dubbiosi sui vantati benefizi sociali dell'alta cultura, sul suo preteso internazionalismo e sulla sua asserita virtù moralizzatrice, pacificatrice e umanitaria.

E poichè è risultato che la prodigiosa attività intellettuale esplicata dalla razza germanica nel secolo scorso, la così detta «cultura», non ha rivelato correlazione alcuna coi più elementari principii del diritto e della morale, vien fatto di chiederci se non dovremo, anche in avvenire, riguardare lo sviluppo dell'influenza scientifica, politica ed economica di una razza siffatta, come il maggiore pericolo che possa minacciare il mondo civile!

G. SANARELLI.

Rassegna della stampa medica.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 21 genn. Etiologia infettiva della porpora emorragica.

Medical Record, 13 genn. GREELY: Coltura del microrganismo della poliomielite in mezzi solidi.

The Practitioner, febb. BROWN: Nefriti epidemiche. SPILSBURY: La morte improvvisa. STEWART: Trattamento della tosse. BLOMFELD: Sulle malattie paraodontali.

La Stomatol., n. 11. BERETTA: La maschera buccofacciale.

La Presse Méd., 1 febb. VINCENT: Le ferite di guerra e la profilassi delle infezioni chirurgiche.

The Journal Amer. Med. Ass., 27 gen. HESS: Scorbuto infantile subacuto e latente. MACAUSLAND: Astragalectomia nella paralisi infantile. LAMBERT: Le assicurazioni sulla salute e la professione medica.

Bull. d. Sc. Med., genn. GAMBERINI e BONOLA: Lesioni dei nervi misti per traumatismi di guerra.

Cron. d. Clin. Med. di Genova, 31 genn. BOZZI: Le ferite penetranti nell'addome in guerra. OLLINO: Valutazione della capacità miocardica col metodo sfigmobolometrico.

The Lancet, 3 febb. WALKER: La vescica nelle ferite del midollo spinale in guerra. CROPPER e ROW: Un metodo per concentrare le cisti di Entamoeba nelle feci.

Rev. de Hig. y de Tuberc., 31 genn. RAVETLLAT: Tubercolosi tossiche e atossiche.

Bull. de l'Ac. de Méd., 6 febb. SALVA MARCADÉ: La via sotto-peritoneale per l'estrazione dei proiettili paravertebrali.

La Presse Méd., 5 febb. ROGER: I riflessi pneo-pneici e pneo-cardiaci. 8 febb. RAVAUT: L'amebiasi cronica in Francia. GAMBIER: La sensazione del «dito che pulsa».

La Pediatria, febb. CARAPELLE: Profilassi della meningite cerebro-spinale. MAGGIORE e SINDONI: Leucotossine circolanti nella leishmaniosi interna. MARTELLI: Ascite epato-pericardica di origine polisierositica.

The Lancet, 10 febb. WALTERS e a.: 500 operazioni d'urgenza per ferite addominali. MORTON: Trattamento delle emorragie secondarie in guerra. ADAMSON: Trattamento delle affezioni cutanee più comuni tra i soldati.

The British Med. Journal, 10 febb. GRIFFIN: L'iniezione endovenosa di chinina-uretano nella malaria e nel coma malarico. HALDANE: La somministrazione dell'ossigeno.

La Riforma Med., 10 febb. MORELLI: La cura delle ferite del polmone. PASTINE: Paralisi degli arti da ferite d'arma da fuoco.

Le Bull. Méd., 10 febb. MARTIN: L'immunità contro la difteria.

Il fascicolo 4 (1 aprile 1917) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. AUGUSTO MURRI - *Sopra un caso di sclerosi cerebrospinale* (con una tavola foto-collografica). (Continuazione e fine).

II. Prof. G. MINGAZZINI - *Osservazioni cliniche sulle lesioni del cervello e del midollo spinale da proiettili di guerra.* (Continuazione).

Il fascicolo 4 (15 aprile 1917) della nostra SEZIONE CHIRURGICA conterrà i seguenti lavori:

I. Prof. OTTORINO TENANI. - *L'ernia cerebrale traumatica.*

II. Dott. ANGELO CHIASSERINI. - *Osservazioni sulla cura delle congelazioni gravi dei piedi.*

III. Dott. GIOVANNI CAVINA. - *Nota sulle alterazioni istologiche dei vasi nelle congelazioni.*

IV. Dott. GUIDO SIMONCELLI. - *Sopra un caso di ernia diaframmatica strozzata.*

V. Dott. MILZIADE MAGNINI. - *Osservazione clinica e ricerche sperimentali sulle cisti solitarie del rene.*

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, resp.
(32)

Anno XXIV. *Roma, 15 aprile 1917* Fasc. 16.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

R. CLINICA TRAUMATOLOGICO-ORTOPEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

Per il trattamento delle fratture dell'omero nelle ferite da arma da fuoco del braccio.

Dott. LUIGI GIOVANNI GAZZOTTI, *aiuto*.

Le ferite del braccio, con soluzione di continuità dello scheletro, sono largamente rappresentate nella casuistica della guerra odierna.

La grande frequenza di tali lesioni è dovuta sia ai metodi di protezione dei soldati combattenti dalla trincea, sia alla tattica di approccio alle linee avversarie, eseguita strisciando sul terreno, ed esponendo così ai colpi sopratutto la testa, gli arti superiori ed il torace.

Principalmente per questo il braccio fa parte di quelle regioni che, colpite in pieno, mettono sempre fuori combattimento il soldato, mentre di rado si rendono immediatamente mortali. E dico di rado immediatamente mortali, perchè anche la sezione completa della omerale spesso è seguita da emostasi spontanea, tanto che io stesso più volte vidi, in feriti con ampia lesione del lato interno del braccio, il moncone della omerale pulsante, in completa emostasi avvenuta spontaneamente.

Le ferite del braccio, in guerra, interessanti le parti molli e lo scheletro, per il fenomeno di scoppio a carico della diafisi, presentano spes-

so una speciale gravità per l'ampiezza del forame di egresso del proiettile e pel notevole pestamento delle parti molli. A questo poi si deve aggiungere la gravità della lesione ossea, che frequentemente consiste in perdite di sostanza della lunghezza di parecchi centimetri.

Di questi traumatizzati una parte può essere, dopo accurata medicazione, inviata negli ospedali delle retrovie; l'altra parte, o per l'anemia grave acuta, o per complicanze di altre ferite, deve essere trattenuta più o meno a lungo nelle unità di prima linea.

Per entrambe queste categorie di feriti è ugualmente necessario *immobilizzare bene ed in buona posizione* il segmento di arto colpito.

Pei primi, onde evitare, oltre ai dolori dovuti ad una imperfetta fissazione dei monconi ossei, gli attriti delle ossa fratturate fra di loro e colle parti molli, i quali aumentano il gemizio di sangue e il maltrattamento, causa a sua volta di un più facile sviluppo di processi infettivi: per gli altri, onde poter iniziare una serie di accurate medicature, pure permettendo intanto al processo di saldamento della frattura di compiersi col minor danno possibile mediato, cioè a dire rispettando per quanto è possibile l'ortomorfismo dell'arto.

È dunque un apparecchio di tiraggio non ingombrante, di facile applicazione e che permetta, lasciato in posto, di avere cura del tramite della ferita, che si rende necessario in entrambi i casi.

*
* *

Delbet ha ideato una serie di geniali apparecchi ad estensione, portatili, per le fratture dei quattro principali segmenti degli arti: più noti quelli dell'omero e del femore.

Quello del braccio, fra tutti, mi pare che abbia attualmente una speciale importanza nella pratica di guerra, mentre l'altro, per le fratture del femore, pure essendo molto razionale, non può trovare così larga applicazione quanto il precedente perchè al suo funzionamento si rende necessario il concorso di un apparecchio complementare, gessato, la buona esecuzione del quale non è alla portata di tutti.

*
* *

L'apparecchio di Delbet, pel braccio (fig. 1) è costituito da un arco ascellare (destro o sinistro) munito ai due estremi di anelli piatti pel passaggio di una cinghia che serve a fissare l'apparecchio al moncone della spalla. L'arco ascellare si continua con una asticciuola lunga circa 15 cm., di sezione elissoidale, munita di numerosi fori nella sua metà inferiore e distanti ½ cm. uno dall'altro.

Da una guida a sezione elissoidale, fenestrata per lungo, nella quale scorre esattamente la asticciuola dell'arco ascellare. Tale guida è unita, mediante una articolazione a sfera, ad una lamina di metallo, ricurva (appoggio antibrachiale) fenestrata ai due estremi pel passaggio di una benda fissatrice. Attorno alla guida gira una molla spirale che in basso prende appoggio su un cercine che fa da base alla guida stessa, ed in alto agisce contro una sbarretta che viene introdotta in uno dei fori della asticciuola appartenente all'arco ascel-

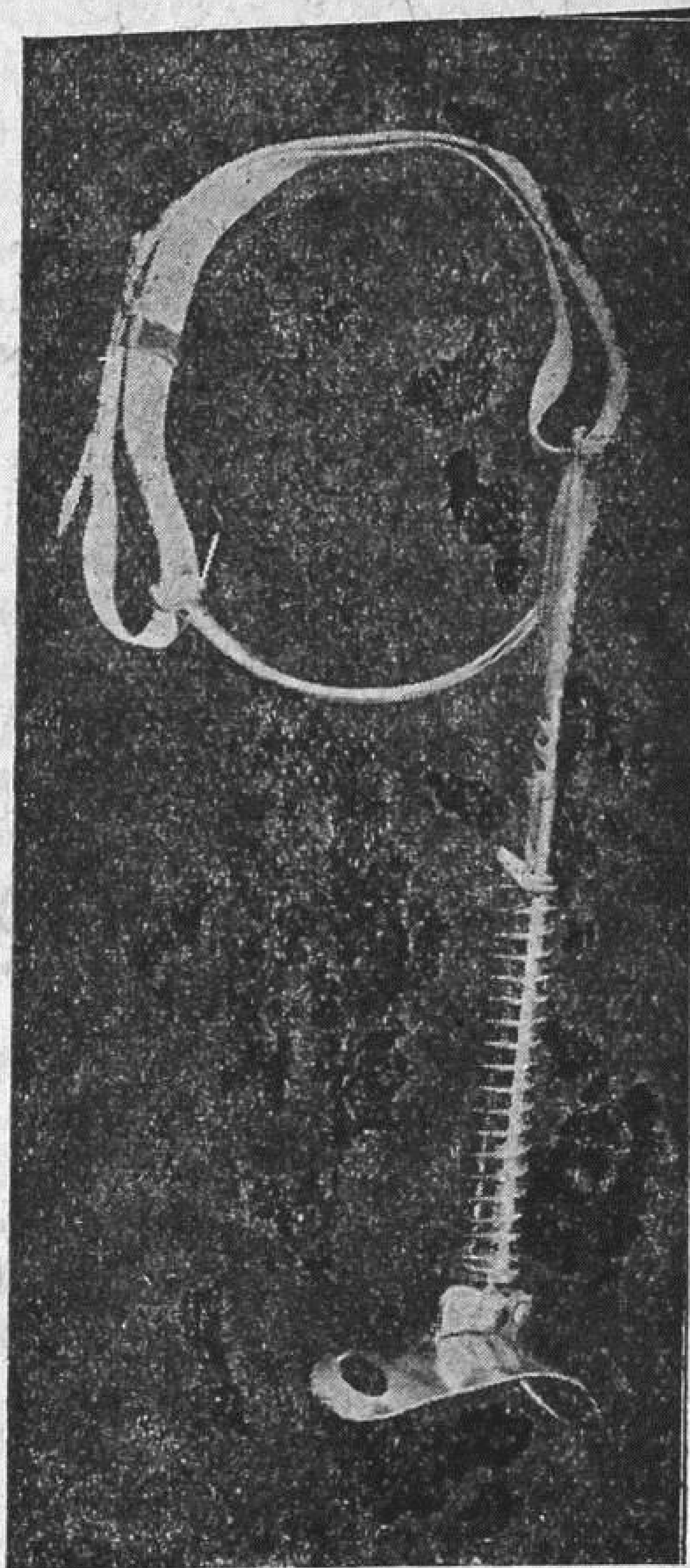


Fig. 1.

lare. La serie dei fori già descritti in quest'ultima permette di modificare la lunghezza dell'apparecchio e di regolare contemporaneamente l'intensità d'azione (distraente) della molla (1).

*
* *

La applicazione del tiraggio (fig. 2) è estremamente semplice. Regolata approssimativamente la lunghezza dell'apparecchio, si mette in posto l'arco ascellare, previa imbottitura con ovatta, e, assicuratolo con una cinghia al

(1) Altri apparecchi su questo tipo sono stati costruiti, e fra questi uno di Leclercq, che in fondo, pur presentando qualche utile modificazione, non supera per semplicità e praticità il modello al quale l'A. si è inspirato. (Soc. de Chir. - Tom. XLI, n. 19, p. 1076).

moncone della spalla, si fissa sulla superficie antero-esterna dell'avambraccio, protetta da ovatta, la lamina di metallo che si articola colla guida.

Immobilizzati così i due estremi dell'apparecchio si flette l'avambraccio ad un angolo di 80°-90°, e lo si mantiene in questa posizione mediante una mitella di garza che dal collo scende a sostenere il terzo distale dell'avambraccio.



Fig. 2.

Il tiraggio così è in posto e funziona.

La semplicità e la applicazione facile rendono l'apparecchio di Delbet, a portata di tutti e perciò di grande utilità nella pratica di guerra.

Esso mantiene distratti i monconi ossei secondo due linee di forza opposte e parallele all'asse fisiologico dell'omero, e permette contemporaneamente che vengano medicate le lesioni delle parti molli che si accompagnano a quelle dello scheletro, anche se situate dal lato interno del braccio. E questo per la possibilità di ampii movimenti di abduzione dell'arto senza che l'azione del tiraggio venga sensibilmente influenzata.

Esso anche può servire di guida al chirurgo per la costruzione dei così detti apparecchi di fortuna dei quali anche nella nostra clinica ne è stato fatto uso con ottimi risultati (fig. 3).

L'allestimento di tali apparecchi si fa nel modo seguente: si modellano con verga d'alluminio o fili di ferro molteplici, attortigliati, l'arco ascellare e una asticciuola di lunghezza tale che, poggiando col suo estremo inferiore, ripiegato ad angolo retto nell'avambraccio flesso, sorpassi in altezza di circa 6-8 cm. la articolazione acromio-clavicolare. L'estremità superiore della asticciuola è piegata ad uncino, al quale viene affidato un tirante elastico che colle due estremità inferiori si attacca ad altri due uncini fatti nelle estremità dell'arco ascellare. L'appoggio all'antibraccio viene fissato da una semplice doccia gessata che abbraccia metà della circonferenza dell'arto. Tale doccia è modellata sopra acconcia imbottitura di ovatta.

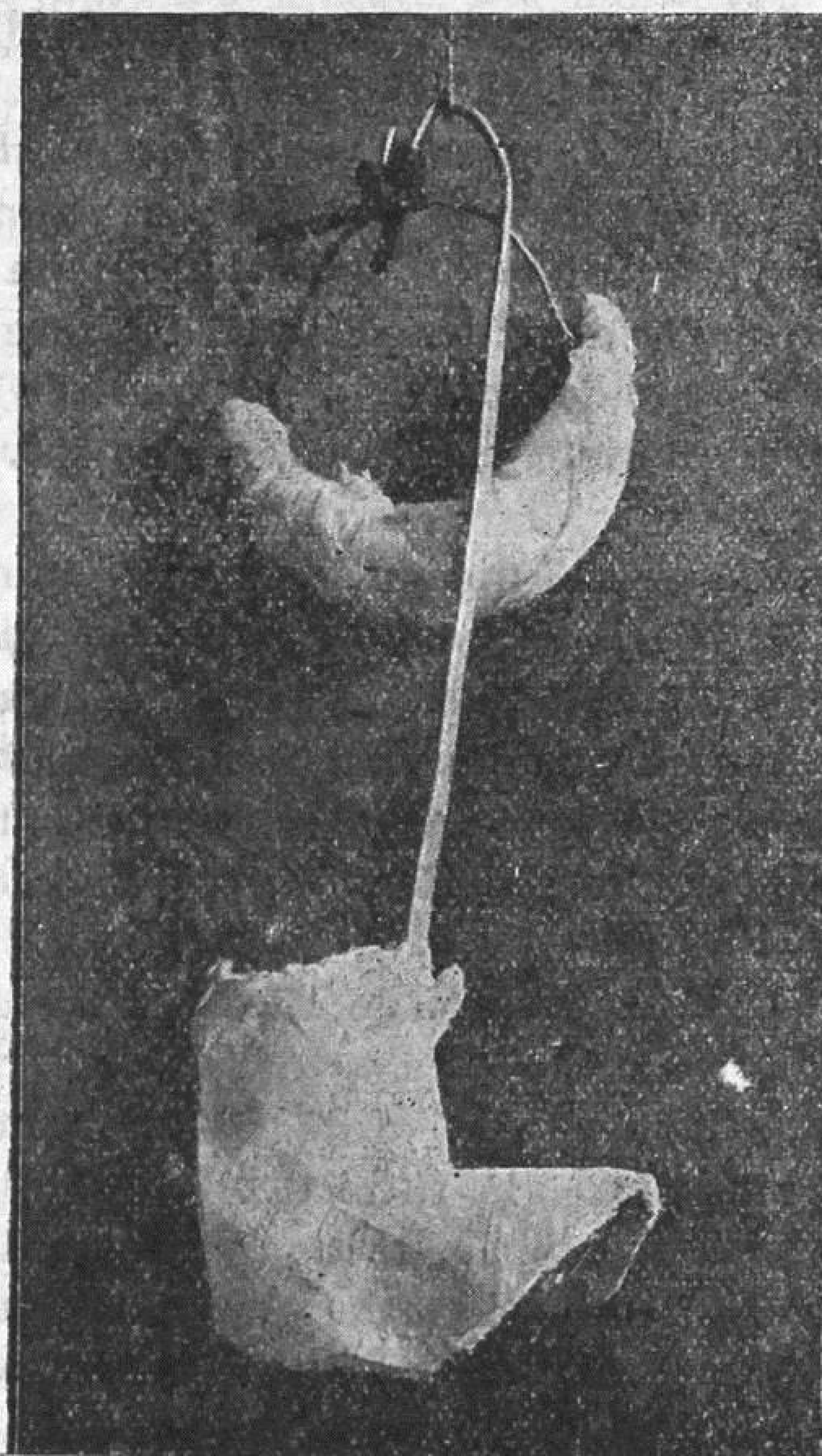


Fig. 3.

Consolidata questa parte in modo da costituire un tutto unico coll'asticciuola non resta che da applicare, bene imbottito, l'arco ascellare che viene fissato al torace con un giro di fascia.

L'azione distraente è regolabile allungando od accorciando il tirante elastico.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ZONA DI GUERRA — III ARMATA.

L'infezione gassosa delle ferite di guerra.

Dott. Prof. PAOLO FIORI, maggiore medico.

CENNI CLINICI.

Su questa gravissima forma molto in Italia e fuori si è scritto e parecchie illusioni si sono alimentate in riguardo alla percentuale di guarigioni con interventi esterni.

La realtà, pur troppo, è ben diversa e la formula di Salleron rimane pressochè immodificata! La vera infezione gassosa, quella delle Unità sanitarie di 1ª linea, evolve fatale nella massima parte dei casi, in mezzo allo sconforto di chi assiste, impotente, allo sfacelo di una esistenza!

Dal 2 ottobre al 9 dicembre corrente, su circa mille feriti e fra 20 casi di non comuni infezioni chirurgiche, otto ne osservai, sui quali richiamo qui l'attenzione. Su essi il quadro allarmante presentossi delineato in tutta la sua tragicità già prima della 36ª ora ed in alcuni fra la 6ª e la 16ª.

Un prigioniero austriaco, ferito alle ore 21 del giorno 10 ottobre da scheggia di granata alla gamba destra, alle ore 3 del mattino successivo presentava già tutto il terribile quadro.

Un nostro soldato, ferito da scheggia di granata alla gamba sinistra la sera del 9 ottobre, la mattina del 10, oltre l'arto, presentava invasa la parete addominale corrispondente.

Un altro, ferito nella notte dal 2 al 3 ottobre alla gamba ed alla coscia destra, 18 ore dopo aveva fatti manifestissimi, oltre che all'arto, anche al dorso. E così via!

Sei di questi feriti morirono fra la 30ª e la 90ª ora; due sopravvissero rispettivamente 6 e 7 giorni.

L'atto operatorio, talvolta precocissimo (20 ore) ed altamente demolitore (disarticolazione dell'anca) non valse che a protrarre per breve ora la catastrofe.

La sintomatologia offerta da questi infermi fu costantemente uniforme. Già nelle prime 24 ore, stato di irrequietudine, dolori spesso violentissimi alla parte, ipertermia (meno che nei casi fulminanti), tachicardia, polipnea, lineamenti del viso stirati, occhi infossati, colorito, specialmente del volto, giallo-verdastro, mucose esangui, urine spesso scarse, sensorio lievemente torpido, ogni tanto con qualche allucinazione, riferibile a fatti recenti.

Il peggioramento incombe rapido, con perdita del polso radiale già 24-36 ore prima della morte, talvolta sudori profusi; respirazione sempre più affannosa, stato di smania, contro il quale poco o punto efficaci riescono i calmanti ad alte dosi.

Non è rara la morte in questo stadio ed in tal caso gli svariati atteggiamenti del cadavere tradiscono l'ansia disperata del ferito. Il più spesso però alle penose sofferenze succede una tregua di calma o di benessere, sempre foriera di prossima morte.

Tale, il quadro generale.

Localmente, trattasi quasi sempre di ferite con lesioni scheletriche, svariatamente inquinate. Attorno alla ferita, prima, ma ben presto anche a distanza, macchie rameiche o ardesiache su fondo duro od aereato, di talvolta considerevole estensione, alternate a chiazze pallide o livide su fondo edematoso, vescicole ripiene di liquido sanguinolento, vaste aree emorragiche profonde.

L'enfisema, più o meno sempre presente, insuffla talvolta tutto l'arto, oltrepassandone la radice e diffondendosi al tronco. Dalla parte emana odore *sui generis*, spesso quasi di liquido urinoso.

Il cellulare sottocutaneo abbonda di liquido sanguinolento; spesso le piccole vene sono trombizzate: muscoli *neri, secchi, crepitanti*, sul tipo di quelli del carbonchio sintomatico.

Il piede, nei casi di ferita all'arto inferiore, è ben presto pallido, marmorizzato e freddo oppure cianotico e tumido; nei casi ad andamento rapidissimo però la diffusione verso la radice della coscia ed il tronco prende il sopravvento, senza che il piede abbia tempo di sottostare a modificazioni di grado molto avanzato.

Di fronte a tale quadro locale, impressionante per la sua tragicità, notevole fu il caso seguente:

Un soldato, col piede destro quasi distaccato per ferita da granata, viene trasportato dalla Sezione all'ospedale dopo circa 20 ore dalla ferita. La vasta ed altrimenti irreparabile lesione rende necessaria l'amputazione della gamba al 3° medio.

Ma oltre la suddetta lesione, il ferito presenta il piede sinistro lievemento pallido e tumido, con una piccola soluzione di continuo alla regione metatarso-falangea, faccia plantare, interessante le parti molli, con scopertura dell'estremo distale del terzo metatarso.

In 3ª giornata l'infermo, con moncone di amputazione in condizioni soddisfacentissime e col piede sinistro presso a poco nello stato della data dell'entrata, comincia ad accusare dolori alla natica sinistra, che in breve diventano violentissimi e sono accompagnati da forte elevamento termico (39,2). La regione glutea sinistra si fa rapidamente tumida e di

consistenza elastica; il colorito scuro e la tensione notevole tradiscono il processo che si svolge profondo: l'infermo muore al principio del 7° giorno. All'autopsia, eseguita a cadavere fresco, si trova fra lo scheletro ed i muscoli glutei una considerevole raccolta di gas, di odore irritante le fauci; muscoli *neri, secchi* ed *aereati*: alla coscia, posteriormente ed in profondità, qualche bollicina di gas all'attacco femorale dei muscoli pelvici.

Sul dorso del piede e sulla faccia anteriore dell'estremo inferiore della gamba, lievissimo enfisema e scarsissimo liquido ematico.

Fegato pallido, milza scura in superficie, rossa al taglio; ambedue enfisematosi.

Fatto notevole: l'esame bacterioscopico della ferita della pianta del piede, eseguito in 2ª, 4ª e 5ª giornata, su materiale tolto dalla profondità, dimostrò la presenza di comuni piogeni; quella dei muscoli glutei, pelvi-femorali, del fegato e della milza mise in evidenza i soliti germi (bastoncini mobili, sporigeni, ecc., ecc.); il liquido di edema, a livello del collo del piede, se ne mostrò pure, ma in più ristretta misura, provvisto; ricchissimi invece il fegato, la milza, il sangue del cuore.

Cenni bacteriologici e sperimentali.

Tutti gli otto infermi furono oggetto di ricerche; queste furono poi particolarmente estese in quattro casi, grazie ai mezzi messi a mia disposizione dai chiar. proff. Galeotti e Castelli, dei laboratori bacteriologici della III Armata.

Rimandando una più estesa relazione a miglior momento, mi limito ad accennare qui la traccia seguita:

1° Col *materiale* di ferita, col *liquido* di edema e di *vescicola* innesto nell'animale e coltura in terreni vari.

2° Col *sangue* del *ferito*, esame diretto, coltura ed iniezione in peritoneo della cavia del coniglio e del topo.

Le ricerche di cui al n. 1, furono eseguite una volta tanto, per ogni caso; quelle invece del n. 2 furono ripetute a distanza varia, se il ferito sopravviveva qualche giorno. Scopo di esse fu in primo luogo di stabilire la diffusione dei germi nell'organismo ed in secondo luogo, di caratterizzarli.

I risultati furono i seguenti:

L'esame diretto del sangue e l'emocoltura riuscirono positivi, in tre su quattro casi, con prese di sangue fatte da 48 a 8 ore prima dell'esito.

L'iniezione di sangue del ferito, tolto dalle vene dell'avambraccio, nel peritoneo della cavia, uccise *costantemente* l'animale in 15-26 ore, con fortissima pullulazione di un germe a tipo unico (bastoncini isolati o in lunghi filamenti) nel cavo peritoneale, nella milza, nel fegato, nella bile, nel sangue del cuore, nel rene, ecc., ecc. Questo germe fu ottenuto in coltura anaerobica purissima con speciale facilità dal liquido peritoneale della cavia e cogli stessi caratteri di quello ottenuto colla coltura dei visceri e del sangue del ferito.

Lo stabilirsi nell'organismo del ferito di uno stato bacteriemico dichiarato già parecchio tempo prima della morte (48-8 ore) e non molto dopo la riportata ferita (20 ore) risulta quindi da tali reperti singolarmente lumeggiato.

Nell'animale da esperimento del resto, specialmente nella cavia, ma anche nel coniglio, il passaggio del germe nel sangue del cuore fu evidente già 5 ore dopo l'innesto del liquido di edema sotto cute: in tali casi di setticemia acuta la reazione locale passa quasi del tutto inavvertita.

* * *

Simili fatti fanno seriamente riflettere se non sia il caso di orientare diversamente l'indirizzo curativo fondamentale, dandogli quella base scientifica che finora, e segnatamente presso di noi, gli è mancata.

La vaccinoterapia autogena, data la rapidità di evoluzione, non può venir presa in considerazione; al vaccino ed al siero immunizzante va però riservato il valore di forse unica arma contro la tragica sorte di tante giovani esistenze. Un tentativo in tal senso fu da me eseguito nell'ultimo caso, con siero *antiedema* ed *antiperfrigens* (50 cc. per via endovenosa) messo a mia disposizione dal chiar. prof. Belfanti; la prova però, date le disperate condizioni del ferito, morto dopo 6 ore in piena setticemia, non poteva alimentare speranze.

Al soccorso bisogna correre non solo quando il quadro appare imponente, ma già all'atto dei primi indizi clinici sospetti.

La difesa deve consistere in un trattamento immunitario precoce, da applicarsi per lo meno a determinati feriti gravi, quantunque l'esperienza stia a dimostrare che, data l'estrema esaltazione dei germi delle ferite di guerra, anche ferite originariamente lievi prendono non raramente decorso allarmante.

Un vaccino o un siero polivalente, che riunisca specie e ceppi, dimostrati come più frequenti cause di complicanze infettive delle ferite di questa guerra, merita la più alta considerazione. Alcune applicazioni sono da tempo in corso all'estero, oltre che pei germi piogeni propriamente detti, anche per quelli ritenuti agenti delle infezioni gassose; in Francia il vaccino ed il siero *antiperfrigens* del Weinberg ed il siero *antibellonensis* del Sacquèpée; in Inghilterra, il Wright fa tentativi con vaccini, secondo il suo metodo.

Da noi nulla di sostanziale finora si è fatto ed a tale assenteismo non sono certo estranee

le illusioni curative alimentate dai vari trattamenti chirurgici.

Le forze immunitarie anche in questo campo della chirurgia settica debbono essere sfruttate più di quanto siasi fatto: questo, almeno, suggerisce l'intima visione del processo infettivo, sulla base dei fatti enumerati.

22 dicembre 1916.

N.B. — Dal 22 dicembre 1916 ad oggi (17 Marzo 1917), epoca di correzione delle bozze, lo studio dell'argomento è stato proseguito segnatamente nel campo bacteriologico e sperimentale, con utilissimi riferimenti e raffronti con altre complicanze infettive delle ferite di guerra, la cui vera natura sarebbe sfuggita, se non fossero state messe in opera tutte quelle indagini che l'esperienza mi ha suggerito indispensabili ad evitare confusioni ed errori. Di tutto sarà dato notizia in un lavoro in corso.

SERVIZI SANITARI.

C. FARALLI, colonnello medico.

A proposito dell'articolo dei Proff. Alessandri e Bastianelli: « Proposte per il servizio sanitario chirurgico del R. Esercito al fronte ».

Dopo non poche note comparse recentemente su questo e su altri giornali di medicina a proposito della organizzazione dei servizi sanitari militari più avanzati, quella contenuta nel fascicolo n. 13 del *Policlinico*, a firma dei professori *Alessandri* e *Bastianelli*, è la prima che mi sembra dimostrare una esatta visione del problema.

Con abile senso di opportunità gli egregi professori non pretendono sconvolgere tutto l'ordinamento sanitario esistente, ma adattarlo alle necessità dell'attuale guerra, e limitano le loro proposte a quanto concerne il servizio chirurgico; nè la loro parola può non essere presa in considerazione, sapendola dettata da una recente ammirevole esperienza di guerra e da una indiscutibile competenza scientifica e professionale.

Essi prendono le loro mosse, nell'argomentare, dalla costituzione delle ambulanze chirurgiche di armata e lamentano che, per difetto di organizzazione dei servizi, esse non abbiano potuto dare tutto quell'utile che i loro mezzi avrebbero consentito.

Io ho largamente apprezzato il lavoro compiuto dalle ambulanze chirurgiche in zona di guerra, e, sebbene abbia dovuto rilevare nella loro costituzione qualche difetto che ne limita lo sfruttamento, pure ho la coscienza di averne, per quanto potevo, favorito il funzionamento.

(6)

Le due Ambulanze infatti che hanno operato durante l'estate scorsa nel corpo d'armata, hanno ricoverato, oltre che cavitari addominali, anche gravi casi di lesioni di ogni genere e sede (1); e non soltanto hanno avuto ciascuna un centinaio di letti a loro completa disposizione, ma hanno avuto anche la possibilità di sgomberare e seguire i loro operati negli ospedaletti (capaci di più che 100 letti ciascuno), presso cui erano appoggiate, e sui quali ai direttori delle ambulanze era consentito di esercitare tutta la loro autorità nel campo tecnico-professionale, realizzando così praticamente il programma minimo propugnato nell'articolo già ricordato. Non occorre pertanto dire come, su questo punto, siamo perfettamente d'accordo.

Ma dove mi sono anche maggiormente compiaciuto si è stato nel leggere alcune delle riforme da essi sostenute in un più vasto programma, le quali non differiscono, nella loro parte essenziale, dalle idee che io stesso ho propugnato dall'inizio della campagna e praticamente messo in opera, fino ed in quanto me lo hanno concesso le condizioni di ambiente, i mezzi di cui disponevo, e le vigenti disposizioni regolamentari, nella cui orbita ho dovuto necessariamente svolgere l'opera mia.

Sono lieto perciò di stralciare da una complessa relazione, che sto compilando, alcuni appunti sui consigli pratici che mi sono venuti a risultare da un non breve esercizio del mio ufficio, e da un non breve periodo di paziente opera organizzatrice, le cui direttive non possono essere ignote al prof. Bastianelli.

Ed eccomi agli appunti:

Nella organizzazione dei servizi sanitari campali è necessario tenere presente: da una parte, alcune modalità pratiche della guerra moderna; dall'altra, l'importanza e le esigenze della moderna chirurgia. Riguardo al primo punto si deve tener conto della permanenza, spesso lunga degli eserciti nelle stesse posizioni, della potenza e della lunga portata dei mezzi di offesa; riguardo al secondo non deve perdersi di vista la possibilità di effettuare interventi an-

(1) Giovi, a conferma di quanto si è detto, il seguente specchio, nel quale sono rappresentati, distinti secondo la sede della ferita, i militari ricoverati nelle due ambulanze che hanno funzionato nel territorio del C. d'A. x, dal 15 agosto al 15 di novembre 1916:

	addome	torace	cranio	rachide	estremità	altre sedi
Ambul. x .	189	70	127	16	58	41
» y .	205	68	140	29	74	—

che in casi che per lo addietro si ritenevano inoperabili, e le esigenze imposte dalla tecnica operatoria odierna, sia per ciò che concerne i mezzi, sia per ciò che concerne l'ambiente.

La considerazione delle condizioni, che al funzionamento del servizio sanitario nella nostra guerra vengono create principalmente dai due ordini di fatti sopracitati, mette in evidenza il difetto dei mezzi e delle disposizioni regolamentari, e dimostra la necessità di quegli adattamenti, di quelle modificazioni, che la pratica ha dimostrato necessarie, e che «in taluni casi» il buon senso e l'iniziativa individuale hanno messo in esecuzione.

In base ai criteri che informano il regolamento, la costituzione delle unità ospitaliere di prima linea ha avuto di mira di poter, principalmente, raggiungere la più grande mobilità, e la possibilità di portarsi nella massima vicinanza della linea di fuoco; riduzione quindi della capacità e dei mezzi necessari al funzionamento, dotazione di un numero notevole di quadrupedi e di carri.

In effetto si è invece veduto, nella guerra attuale, come gli ospedali e gli ospedaletti da campo siano stati costretti a rimanere per lunghi mesi nella stessa sede, e a stabilirsi ad una distanza non inferiore a 7-8 km. dalla prima linea, perchè, entro un raggio minore, il territorio può essere bombardato, specie nelle zone prossime alle più comode vie di comunicazione; quelle vie appunto, presso le quali le unità sanitarie possono e debbono impiantarsi. In queste particolari condizioni l'accantonamento degli ospedali non è più un'eventualità casuale, ma bensì necessaria, doverosa. Alla necessità dell'accantonamento sussegue, di conseguenza, quella della più congrua dotazione di materiale sanitario e di un migliore arredamento. Mancando infatti la frequenza degli spostamenti, gli ospedaletti non rappresentano più, come un tempo, delle semplici stazioni di transito, ma degli istituti di cura semi-stabili, nei quali il ferito deve poter ricevere un trattamento chirurgico completo, e poter trovare un alloggio che lo riconforti e ne lenisca le sofferenze, *fino a quando lo sgombero sia autorizzato dalle sue condizioni e non sia di pregiudizio al suo stato.*

Per questi scopi gli ospedali regolamentari di prima linea hanno i seguenti difetti: capacità troppo ristretta, armamento troppo ridotto, materiale lettereccio troppo scarso; mentre, invece sono forniti di un reparto treno (uomini, quadrupedi, carreggio), che resta per mesi inoperoso ed inutilizzato, gravando non poco sulle spese di esercizio dell'ospedale.

Tranne poche unità da utilizzarsi in casi eccezionali, e che potrebbero, per questo scopo, mantenere, leggermente modificato, il caricamento attuale degli ospedaletti someggiati, gli ospedali dovrebbero potere impiantare con la propria dotazione un numero di letti molto superiore all'attuale, fermo restando il principio dell'eventuale aumento della propria potenzialità con materiale di requisizione, o confezionato dal personale di truppa, tra cui si trova sempre qualche artigiano capace. Le tende dovrebbero costituire una riserva per improvvisare ricoveri avanzati, locali d'isolamento, o per far fronte a numerose improvvise affluenze di feriti.

Per gli spostamenti, che, per quanto non frequenti, sono pur tuttavia necessari, e per i rifornimenti quotidiani, ogni unità ospitaliera dovrebbe poter disporre di almeno due o tre autocarri da potersi, in caso di bisogno, attrezzare per trasporto di barelle. Con questi ogni Direzione di Sanità di C. d'A. potrebbe costituire un autoparco, che, nei giorni di azione, permetterebbe di compiere il servizio di sgombero quasi esclusivamente, o prevalentemente, con materiale e personale proprio, e ciascun ospedale potrebbe sopperire da sè agli ordinari sgomberi. Si potrebbero inoltre, in tal modo, abolire i drappelli treno, con indiscutibile economia di spese, di uomini e di quadrupedi.

Per quanto riguarda le esigenze imposte dalla moderna chirurgia, dovrebbe ogni Unità essere provveduta innanzi tutto di un più ricco armamentario tale da permettere qualsiasi operazione, e da bastare ai bisogni di un grande numero di feriti. Si noti qui come la riduzione numerica delle Unità, che si otterrebbe con l'aumento della loro potenzialità, renderebbe possibile questo miglioramento essenziale senza creare una molto maggiore spesa, giacchè l'aumento dell'armamentario si farebbe in massima parte a spesa delle Unità abolite; e si realizzerebbe anche una economia di personale, sia medico che di assistenza, non dovendo evidentemente essere l'aumento di questo proporzionale all'accresciuto numero dei letti, mentre i migliori chirurghi, opportunamente distribuiti, avrebbero una sfera di azione assai più estesa.

All'aumento dell'armamentario dovrebbe accompagnarsi una più larga dotazione di impianti radiologici assegnati oggi con tali limitazioni qualitative e quantitative da non corrispondere effettivamente ai reali bisogni. Alle altre esigenze della chirurgia non è difficile provvedere. Una buona sala operatoria può essere impiantata in qualunque luogo: l'asepsi di ambiente può essere mantenuta scrupolosa-

mente con mezzi semplicissimi; a quella del materiale di medicatura si può provvedere dotando le Unità ospitaliere di piccole autoclavi o fornendo periodicamente la medicatura già sterilizzata presso stazioni di disinfezioni.

La necessità di situare gli ospedali ad una certa distanza dalla linea di fuoco rende necessarie modificazioni notevoli anche nei servizi di sgombero dal campo di battaglia e nel funzionamento delle sezioni di sanità.

Il creare la possibilità di porgere ai feriti negli ospedali tutto quello che l'arte medica può tentare a ben poco gioverebbe se non si provvedesse contemporaneamente a far giungere i feriti negli ospedali stessi entro limiti di tempo brevi. Per questo scopo occorrono innanzi tutto squadre di portaferiti molto più numerose di quelle oggi concesse. I portaferiti delle sezioni di sanità e dei reggimenti sono numericamente insufficienti di fronte ai reali bisogni delle giornate di azione, e il rimedio adottato generalmente, di accrescerli, per l'occasione, con militari forniti dalle compagnie presidiarie o dai battaglioni di M. T., non giova sufficientemente, perchè fornisce personale non addestrato allo speciale, pericoloso e difficile servizio. Per il successivo sgombero delle sezioni di sanità occorrono mezzi di trasporto rapidi; e ne occorrono molti. La dotazione odierna di autoambulanze assegnate alle nostre sezioni è troppo esigua di fronte al numero enorme di feriti, che, ad ogni azione, si verifica. Si è supplito con autocarri, concessi di volta in volta per questo servizio, e con l'autorizzazione di usufruire degli autoveicoli di ritorno; ma questi sono inadatti al trasporto di barelle e quindi dei feriti bisognevoli di un pronto soccorso, e debbono essere sottratti per un tempo non breve ad altri importanti servizi di rifornimento; ciò che non sempre è consentito.

Con l'aumento dei mezzi di trasporto non è tuttavia risolto tutto il problema. In vista del lungo tragitto che i feriti debbono percorrere, la sezione di sanità deve apprestare un ricovero, un conforto, una adeguata assistenza chirurgica, ciò che, del resto, è richiesto anche dai nostri regolamenti; e a questo è stato provveduto. E si è anche pensato a fornire un congruo soccorso in locali posti al di fuori dell'ambiente tumultuoso delle sezioni, ma prossimi a queste, a tutti quei feriti, per i quali l'intervento ha carattere di urgenza, e l'ulteriore trasporto non può essere effettuato senza grave danno. Le sezioni dal canto loro possono provvedere al ricovero temporaneo degli operati.

Questo, del rimanente, è un vecchio canone regolamentare, e non è quindi novità, distinguere i feriti in « non trasportabili e trasportabili a breve e a lunga distanza ».

Le ambulanze chirurgiche d'armata, nel modo come oggi sono costituite, non possono assolvere un compito così precisato. Esse sono troppo ingombranti per trovare in poco spazio una sede riparata dalle offese nemiche; il loro ricchissimo corredo permette loro di funzionare in modo autonomo, provvedendo a tutte le esigenze del servizio chirurgico e ospitaliero, e sono perciò dei veri e propri ospedali mobili, che possono entrare in completa funzione subito dopo avere raggiunta la destinazione; ma sono ospedali, e, come tali, non possono impiantarsi oltre quei limiti già precedentemente indicati, ed entro i quali l'attendamento è solo eccezionalmente e, in ogni caso, solo temporaneamente necessario. Ove si riconosca la necessità di eseguire operazioni importanti e delicate a breve distanza dalla linea di fuoco, due cose soltanto basta fare avanzare: l'operatore e la sala operatoria.

Sono perciò assai lieto di leggere che le ambulanze chirurgiche sono state dotate di organismi mobili i quali potranno spingersi a lato delle sezioni di sanità, e portare in questo punto parte dei mezzi di soccorso e del personale. Non dubito che questa innovazione renderà più proficua e sicura la riuscita degli atti operativi in zona avanzata.

Nel seguente schizzo sono schematicamente rappresentate le posizioni delle varie unità sanitarie di prima linea; l'effettuazione cioè del programma sopraesposto del quale, per ovvie ragioni, non mi sembra opportuno offrire maggiori particolari che riserbo per la relazione cui ho già accennato.

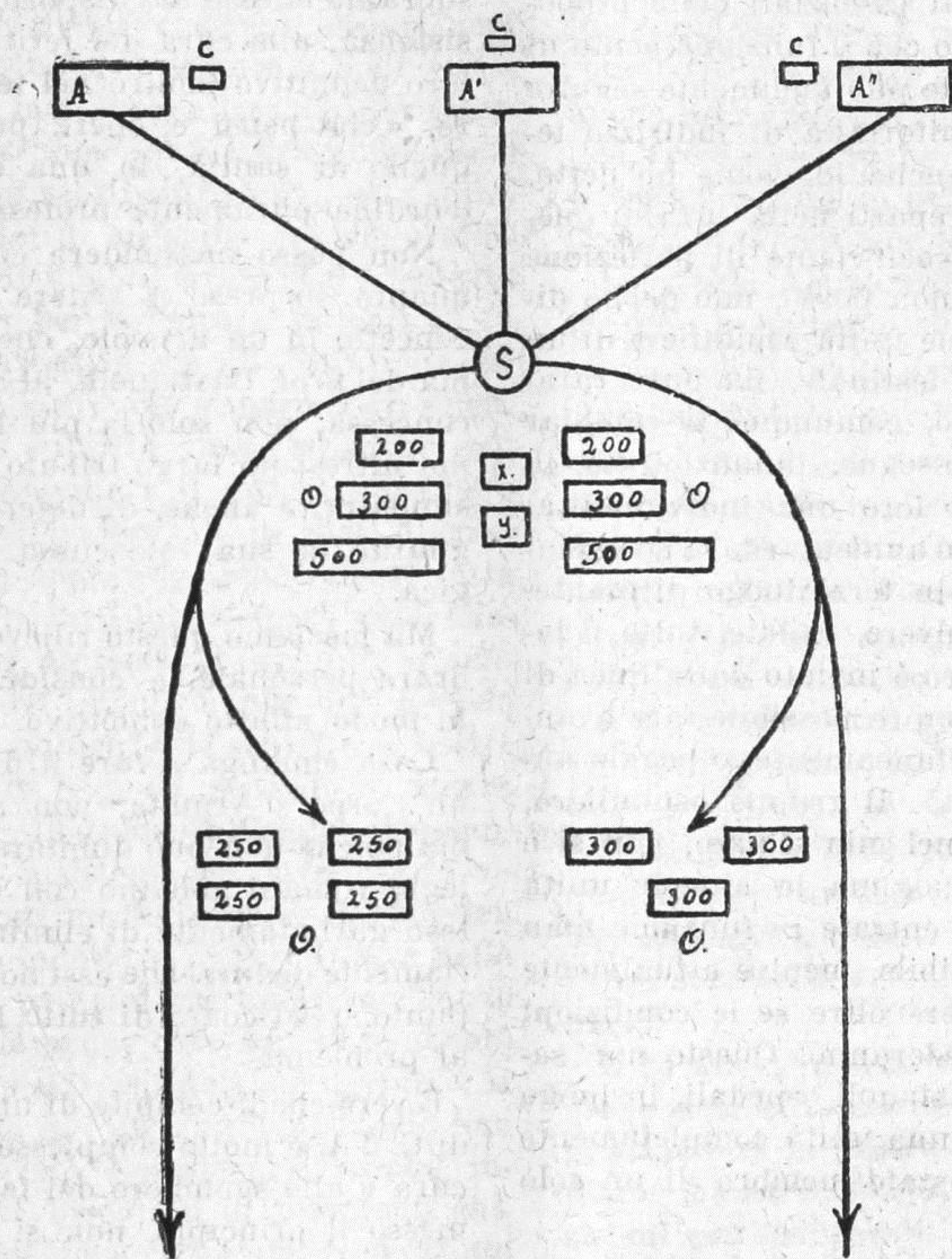
Nelle infermerie delle sezioni A, A′, A″ possono, come si è già detto, essere accolti i feriti gravissimi operati (in C) e gli intrasportabili. Tutti gli altri vengono avviati al Posto di Smistamento S, il quale ne cura la spedalzzazione nelle unità prossime o lontane, (0,0....) a seconda della gravità dei casi.

Il gruppo ospitaliero, subito all'indietro del posto di smistamento, è composto di sei ospedali in grado di assolvere ogni compito chirurgico, e capace complessivamente di *2000* letti. Su questa stessa linea si trovano le ambulanze chirurgiche di armata (x e y); più arretrati altri due gruppi di ospedali capaci all'incirca di altri *2000* letti per feriti gravi; più indietro ancora gli ospedali d'Intendenza.

Se non m'inganno, questa effettiva distribuzione dei servizi non differisce molto dallo schema proposto dai proff. Alessandri e Bastianelli; o, per lo meno, le differenze tra ciò che

essi propongono e ciò che l'esperienza ha dimostrato possibile, non sono rilevanti.

Debbo tuttavia osservare come nello schema-proposta dei succitati professori le ambulanze figurino più avanzate delle altre Unità ospitaliere, e vengano comprese nella parte mobile del settore. Ma questo deve ritenersi, a mio avviso, un particolare puramente ideale. Le ambulanze e Ospedali s'impianteranno logicamente dove lo permetteranno le condizioni della zona delle operazioni. D'altra parte, l'essere due o tre chilometri più avanzate, ossia il risparmiare ai feriti due o tre chilometri su strade buone e facilmente percorribili, non potranno certo consigliare un impianto avanzato di esse, quando, ad esempio, si potessero avere sulla linea stessa degli ospedali condizioni molto migliori, sia per ciò che riguarda l'ambiente operativo, sia per ciò che riguarda il ricovero degli operati. e qualche Direttore d'Ambulanza può difatti testimoniare che nessuno gli ha mai impedito di trasportare la sua ambulanza in una zona più avanzata. Sono stati fatti anzi degli studi e dei tentativi in questo senso, da me stesso ordinati e incoraggiati, ma il desiderio ha dovuto rimanere insoddisfatto. In ogni modo, se anche lo schema si dovesse riconoscere di una possibile attuazione pratica, generalizzabile, si dovrebbe sempre domandare agli egregi chirurgi romani se ritengano che i 74 posti da loro attribuiti alla ambulanza-addominali, anche accresciuti degli altri 24 di una seconda ambulanza eventuale di rinforzo, possano essere sufficienti per i bisogni chirurgici speciali di un'azione che si prolunghi di qualche giorno. Nello schema-proposta le ambulanze figurano in quella parte del settore che viene qualificata *mobile*, in contrapposto con quella degli ospedali, che viene invece detta *fissa*. Non so francamente comprendere la giustificazione di questa diversa qualifica. Infatti: o la linea ospitaliera in caso di avanzata deve spostarsi, e allora deve essere considerata come le ambulanze; o deve rimanere stabile, e allora bisogna chiedersi come s'intende, in questo caso, di provvedere ulteriormente all'assistenza chirurgica ospitaliera delle truppe avanzanti.



Inoltre i proff. Alessandri e Bastianelli preconizzano la costituzione nelle prime linee di un solo grande ospedale, della capacità di 1000 letti, suddiviso in sezioni, destinate ciascuna al ri-

covero e alla cura di speciali feriti gravi (cranici, toracici, fratture, parti molli, ecc.). Il concetto della specializzazione degli Ospedali è seducente ed anche teoricamente buono, ma non crediamo si addica agli Ospedali di un Corpo d'Armata. Sorvolo sulla deficienza numerica di letti attribuita agli ospedali di fronte ai bisogni di un C. d'A.; e mi limito a prendere in considerazione altri due punti essenziali della proposta. Riconosco anche io che il funzionamento di un solo grande ospedale può facilmente seguire e raggiungere una uniformità di indirizzo terapeutico; riconosco anche io, come ho detto, che lo specializzare i reparti nella cura di questi o di quei feriti è coefficiente di perfezione della cura stessa; ma non posso, non debbo dimenticare che le singole unità ospitaliere di un Corpo d'Armata sono destinate, sia pure raramente, ad avanzare, o, comunque, a cambiar di sede. Da questo consegue, innanzi tutto, la necessità di conservar loro una individualità; secondariamente di non aumentarne la potenzialità oltre certi limiti; in terzo luogo di mantenerle in grado di assolvere, isolate, tutto il lavoro chirurgico che loro è inviato dalla linea di fuoco, non essendo sempre possibile fare avanzare molte unità simultaneamente, o peggio ancora, una grande unità. Il gruppo ospitaliero, ad esempio, indicato nel mio schizzo, non si è costituito in un giorno; ma le singole unità sono avanzate e sono entrate in funzione man mano che è stato possibile, mentre attualmente sono pronte a procedere oltre se le condizioni della guerra lo richiederanno. Questo non sarebbe effettuabile se i singoli ospedali, in luogo di costituire ciascuno una unità completamente indipendente, fossero state membra di un solo complesso organismo.

Se inoltre abbiamo accettato di considerare a sè il problema del servizio chirurgico, dobbiamo però ricordare come esso in realtà non possa essere stralciato da tutto il restante complesso problema ospitaliero. In zona di operazioni non sembra possibile stabilire una netta separazione tra servizii medici e servizii chirurgici, sia perchè al malato grave deve essere provveduto con gli stessi criteri di sollecitudine e di attenzione, con i quali si provvede al ferito grave, sia perchè le stesse unità debbono necessariamente alternare, a seconda dei bisogni richiesti dall'esercito operante, un servizio prevalentemente medico, come ad esempio nel periodo invernale, con un servizio prevalentemente chirurgico, come in quello estivo. In qual modo avrebbe potuto, ad esempio, un Direttore di Sanità far fronte alla improvvisa necessità di dar ricovero immediato ai più gravi dei numerosi asfittici che si ebbero il 29 giugno 1916, se non usufruendo di tutti, senza eccezione, gli ospedali di prima linea, i quali fortunatamente erano sgombri, in massima parte, prevedendosi imminente l'inizio delle operazioni?

Ma v'ha di più. I proff. Alessandri e Bastianelli vorrebbero che, a lato del direttore di sanità, sorgesse un direttore tecnico, il quale sopraintendesse al trasporto, al ricovero, all'assistenza, alla cura dei feriti, sino al giorno del loro definitivo inoltro nel territorio; un direttore, «che pensi e operi, pure in accordo con quello di sanità, in una certa indipendenza, d'ordine puramente professionale».

Non posso nascondere come sia rimasto alquanto sorpreso a vedere espresso un simile concetto in un articolo, che porta anche la firma del prof. Bastianelli, al quale è stata sempre concessa, non solo la più larga indipendenza, ma altresì un largo tributo di ammirazione, di simpatia, e anche, di deferenza per quanto riguarda la sua indiscussa competenza chirurgica.

Ma lasciamo questo rilievo, che potrebbe sembrare personale, e consideriamo la questione in modo affatto obbiettivo.

Cosa rimanga a fare il direttore di sanità di un Corpo d'Armata, non appare nell'articolo: ma poichè non può dubitarsi che gli egregi colleghi romani abbiano con questa reticenza inteso garbatamente di eliminarlo, deve necessariamente dedursi che essi non si siano, su questo punto, reso conto di tutte le questioni inerenti al problema.

È vero che il compito di un Direttore di Sanità di C. d'A. è molto complesso e non si limita alla cura e allo sgombero dei feriti, ma poichè, ammesso il principio, non si potrebbe negare lo stesso diritto agli igienisti, ai venereologi, agli oculisti, ecc., l'autorità di lui verrebbe a subire altrettante mutilazioni che ne renderebbero la posizione assolutamente insostenibile.

In ogni modo poi una tale indipendenza verrebbe a costituire un elemento di disordine per i conflitti che potrebbero determinarsi fra il particolare funzionamento dei servizi chirurgici, regolati secondo la visione circoscritta ai bisogni di questi, e il complesso funzionamento di tutti gli altri. In altre parole: poichè i servizi chirurgici costituiscono una parte, sia pure preponderante fin che si vuole, ma pur sempre *parte* dei servizi sanitari, non so con quali argomenti si potrebbe sostenere la indipendenza dai vincoli che essi hanno con tutto l'insieme, proprio in zona di operazioni, dove i servizi debbono imperniarsi l'uno nell'altro, mantenendo la loro rispettiva subordina-

zione e ove la osservanza di questa armonia è il coefficiente principale del successo.

Oltre a ciò, analizzando la proposta Alessandri-Bastianelli, vien fatto di domandarsi come possa essere stabilita la responsabilità di questo Direttore del Settore.

Infatti, tutta l'abile costruzione del settore presuppone che tutti i medici sottoposti alla giurisdizione del direttore debbano appartenere alla sua stessa scuola, e seguire i suoi stessi principî. Ove ciò non sia realizzabile deve presupporsi che un gruppo abbastanza numeroso e necessariamente eletto di chirurghi debba sottomettersi agli ordini di un superiore che professa, segue, e quindi impone principî e norme da cui essi potrebbero per avventura dissentire.

Come si può garantire che alla direzione del settore chirurgico si trovino sempre degli scienziati di indiscussa autorità come i firmatari dell'articolo, a cui volentieri si sottometterebbero anche chirurghi di valore? E in caso diverso come una tale imposizione potrebbe essere fatta a uomini che nella loro lunga opera professionale hanno ormai da tempo raggiunta la sanzione favorevole del pubblico, pur non avendo il marchio di una clinica? Che se poi, per uscire dal dilemma, entro il quale, secondo la nostra logica, si viene a dibattere il disegno Alessandri-Bastianelli, si insistesse sul dovere fatto all'eminente chirurgo messo a capo dei servizi, come nell'articolo è detto, « di *sorvegliare* nella loro esecuzione i principî chirurgici *nel modo più completo*, dalle prime cure sino al momento del trasferimento negli ospedali territoriali », si urterebbe, secondo noi, in un altro scoglio non meno grave del primo. Nei giorni di azione, infatti, i feriti gravi, bisognosi di interventi chirurgici urgenti piovono a centinaia. Non è detto nell'articolo dove sia conveniente che il chirurgo capo si stabilisca. Ma se supponiamo che contribuisca personalmente all'attività operatoria, lo vedremo mancare all'opera di sorveglianza, proprio nel momento in cui essa è più necessaria; se, viceversa, dovrà esplicare la sua opera consultiva dalla sezione di sanità agli ospedali di prima linea più avanzati, ed anche a quelli meno avanzati, priverà del prezioso aiuto della sua mano e della sua esperienza i casi più gravi, più disperati; proprio quelli che più ne hanno bisogno.

Vano sembra pertanto a noi il tentativo di creare, a fianco di quella preesistente, una nuova, particolare ed — aggiungiamo — indefinibile gerarchia professionale, perchè non è buon metodo in momenti di azione, nei quali la semplificazione dei servizi deve essere norma di ogni organizzatore, il complicarli, aggiungendovi nuove istituzioni, e perchè siamo contrari a innovazioni che non siano precisate esattamente anche nei particolari formali. E ciò non solamente per principio, ma anche per esperienza. Si son veduti, infatti, creare nuovi uffici che avrebbero dovuto camminare a fianco di altri già esistenti e che hanno finito per arrogarsene le mansioni. Ora, che questo avvenga in territorio, dove i contatti con la vita civile sono continui, e dove pertanto non può evitarsi, anche nell'ambiente militare, la influenza politica, possiamo anche ammettere; ma in zona d'operazioni, me lo permettano gli illustri professori, non possiamo assolutamente concederlo.

I colleghi Alessandri e Bastianelli mi obbietteranno certamente che, nell'assistenza chirurgica dei feriti sulle prime linee, si sono avute e si hanno tuttora, purtroppo, manchevolezze; ma non potranno non riconoscere che esse sono in massima parte rappresentate dalla deficienza numerica di medici in genere, e di buoni chirurghi in specie. Forse con la loro proposta i buoni chirurghi saranno raddoppiati o triplicati? Forse ogni clinico chirurgo, con tutto il suo personale potrà sopperire al servizio di un C. d'A?. Nessuno può lontanamente pensarlo. Ove si rifletta che un'ambulanza chirurgica, per accudire a 70-80 letti dispone di 7 chirurghi, qual numero ne occorrerebbe per provvedere a 20-25,000 feriti; quanti cioè se ne possono avere in un seguito di azioni per un solo Corpo d'Armata?

E se allora non si ripara a questa che è la grave deficienza effettiva dei nostri servizî, miglioriamo sì la nostra organizzazione, perfezioniamo i nostri ospedali, dislochiamoli nelle posizioni più favorevoli, collochiamoli alle prime linee con mezzi rapidi di trasporto e posti chirurgici avanzati; e sfruttiamo l'opera di tutti: così dei grandi come dei modesti chirurghi; di coloro che provengono dalle cliniche famose e di coloro che hanno acquistato rinomanza negli ospedali di provincia; di coloro che hanno percorso una luminosa carriera scientifica e di coloro che, guidati da una vasta cultura, da acuta intelligenza, da speciali attitudini e sorretti dall'amore di giovare, si sono creati, soltanto alla guerra, una esperienza chirurgica. E ben venga a tutti costoro il consiglio autorevole dei grandi Maestri, ma sotto forma di consulenza, che, lungi dal provocare attriti o urtare suscettibilità, sarà ambita e richiesta da tutto il personale chirurgico. Rimangano essi a fianco dei direttori di sanità, dei quali diverranno necessariamente il braccio destro, la mente tecnica consultiva in tutte le questioni nelle quali la

loro scienza e la loro esperienza possono giovare (1).

Che le cose si svolgerebbero in tal modo io sono intimamente convinto e sicuro; convinzione e sicurezza fondate sulla non breve esperienza passata, dalla quale mi risulta che i direttori di ambulanza sono stati appunto richiesti, nella forma anzidetta, dell'opera loro durante il tempo che essi hanno trascorso in zona di guerra.

Concludendo: l'esperienza mi autorizza a ritenere che quanto i proff. Alessandri e Bastianelli desiderano, sarebbe completamente raggiunto, pur sotto forma diversa da quella da loro proposta, se i direttori delle ambulanze chirurgiche fossero, anzi, vincolati al servizio come gli altri ufficiali medici e se la loro permanenza in zona di guerra fosse perciò meno discontinua. L'opera loro non è soltanto necessaria durante il periodo di azione. Questioni importantissime su problemi chirurgici sorgono ogni giorno nello svolgimento dell'opera nostra. Cranici, toracici, addominali, fratturati gravi, scendono ogni giorno dalle nostre trincee; chè ogni giorno costa al nostro soldato un sacrificio di sangue.

Zona di Guerra, li 31 marzo 1917.

*
* *

Siamo molto lieti della « risposta » del signor colonnello Faralli, non solo perchè nelle linee sostanziali egli approva le nostre idee ma soprattutto perchè l'approvazione proviene da un competente ufficiale medico del R. Esercito e direttore di sanità di uno dei Corpi d'Armata più attivi e del quale l'organizzazione sanitaria è stata per non breve tempo oggetto di osservazione e d'inspirazione per uno di noi.

E anzitutto prendiamo atto come egli approvi completamente il programma minimo da noi sostenuto per la migliore utilizzazione delle ambulanze chirurgiche. Se quanto Egli ha fatto in parte nel suo Corpo d'Armata venisse anche eseguito negli altri, e un ospedaletto almeno fosse a *completa* disposizione dell'ambulanza, nel senso da noi inteso, il servizio raggiungerebbe una notevole efficienza.

Per quanto riguarda la nostra proposta dell'organizzazione di settori chirurgici, conveniamo con lui in molte delle sue osservazioni, quali p. es. la riduzione del materiale di trasporto ingombrante delle Unità sanitarie, nell'aumento degli autotrasporti, del personale portaferiti. Tutte le questioni di ordinamenti, equipaggiamenti, materiale, ecc., furono da noi lasciate indiscusse riconoscendo ai competenti come sono i direttori di sanità, l'ufficio di occuparsene.

Il sig. colonnello Faralli è in pieno accordo con noi sulla necessità di posti chirurgici avanzati a fianco delle sezioni di sanità e speriamo che la sua autorevole approvazione affretti la consegna della baracca operatoria promessa, anzi valga a convincere le autorità come sia necessario che l'ambulanza ne abbia due affinchè possa provvedere al servizio delle due sezioni di sanità della Divisione alla quale è assegnata.

Per il resto le differenze tra le proposte del sig. colonnello Faralli e le nostre non sono grandi. Se l'ambulanza invece di disporre di 74 letti, potesse avere a fianco numerose Unità sanitarie come è nel suo schema, tanto meglio, e così pure se all'indietro vi sarà un maggior numero di ospedali con maggior numero di letti. Ma l'essenziale per noi è che si stabilisca una specializzazione di ospedali o almeno di reparti ospedalieri, e che su di essi vigili un direttore tecnico responsabile. Egli teme da un lato che il direttore di sanità ne venga esautorato: ma ciò non è affatto nelle nostre intenzioni, nè sarebbe possibile nè giovevole. Le sue mansioni sono tali e tante e quelle del direttore tecnico così limitate alla parte professionale che la unione dei due non farebbe altro che agevolare il servizio, senza conflitti, ed egli deve convenire che la consulenza come oggi può essere affidata occasionalmente al direttore di un'ambulanza è poco meno che inutile.

Nè occorre, come egli dice, che il personale sanitario del settore appartenga tutto alla stessa scuola. Tanto meglio se ciò è possibile; altrimenti basterà che il direttore stabilisca i principî delle varie cure, e ne sorvegli l'applicazione, e ne dia l'esempio in persona e per mezzo di alcuni assistenti di fiducia, perchè tutto il personale sia persuaso e la segua nelle sue direttive. Basterà perciò e l'autorità e l'esempio, nè sarà difficile trovare chirurghi che rispondano a tali requisiti, e se il settore di azione fosse anche più esteso il numero dei direttori non sarebbe tanto numeroso.

Quanto al luogo che il direttore occuperà, allorchè occorre, non crediamo che possa essere oggetto di preoccupazione perchè egli stesso saprà vedere dove la sua opera talora o dove la sua direzione altre volte sarà più efficace: poichè si tratta per lui non tanto di agire e di esser presente sempre come chirurgo che opera quanto come mente che dirige e inspira. E in tal

(1) Esiste anche oggi una consulenza chirurgica di Armata; ma questa di Corpo d'Armata sarebbe assai più logica e più proficua, non fosse altro, per il più ristretto territorio nel quale dovrebbe essere esercitata.

caso è certo che il direttore di un settore sarebbe ben lieto di prestare opera non discontinua, mentre nello stato attuale è perfettamente inutile vincolare attività che possono essere impiegate in alcuni periodi molto più effiecacemente altrove che nelle ambulanze.

E speriamo che la risposta del sig. colonnello Faralli inciti allo studio di questa questione e spinga all'attuazione di quelle tra le nostre idee che meglio potranno giovare all'efficacia del servizio chirurgico.

R. ALESSANDRI - R. BASTIANELLI.

Per riassumere la discussione sui servizi sanitari campali (1).

I.

Si è accesa sul *Policlinico* una discussione molto importante sui servizi sanitarii campali. Mi sembra utile parteciparvi per completarla e riassumerla. Chè non v'è tempo da perdere e alle parole stanno per succedere i fatti.

Innanzi tutto è doveroso rilevare che la serena discussione svoltasi attorno allo scritto del maggiore medico dott. Guido Mendes — *Insegnamenti della guerra sui servizi sanitarii campali.* Policlinico, fasc. 1, 1 genn. 1917 — è stata una discussione veramente seria, a base di fatti, di osservazione, di esperienza. Per questo v'è da sperare che sia anche una discussione feconda e che giunga in tempo a provocare quelle riforme, per fortuna nè molte nè gravi, del servizio sanitario in guerra, sulle quali è completo l'accordo.

***

Il fatto fondamentale constatato dal Mendes, che ha avuto il coraggio di rilevarlo pubblicamente, è quello della tendenza alla « *territorializzazione* » degli *ospedali* e *ospedaletti da campo* nonchè di quelle stesse *ambulanze chirurgiche avanzate* che avrebbero dovuto soccorrere, poco dopo caduti, con ogni più moderno ed efficace presidio dell'alta chirurgia di guerra, i nostri bravi soldati.

Ne è sorta subito una breve e vivace polemica col prof. Nigrisoli, magnifica anima di medico e di soldato del dovere, che ha avuto il torto di male interpretare il pensiero del Mendes, prendendo come un rimprovero a lui particolarmente diretto quello che non era se non la constatazione di una dolorosa necessità, alla quale tutte le ambulanze chirurgiche avevano dovuto piegarsi.

Ma l'incidente si è subito risolto coi chiarimenti del Mendes e si è avuto il vantaggio di veder confermata la verità del fatto fondamentale sul quale ha poi continuato e continua ancora la discussione: la frequente *immobilizzazione* delle unità ospedaliere *da campo* in zone troppo arretrate.

Il fatto, innegabile, ha la sua causa principale nella grande portata delle moderne artiglierie. È dunque un fatto *giustificato, necessario.*

E siccome necessità fa legge, « bisogna, scrive il Mendes, cambiare la nostra organizzazione sanitaria e renderla più idonea all'azione, così come oggi si svolge ».

« I mezzi odierni, egli continua, ci permettono ampiamente di allontanare dalle vicinanze del teatro delle operazioni tutti i feriti trasportabili e di portarli in breve ora a oltre 50 chilometri, in piena *zona di tappa* ».

Il problema della assistenza sanitaria in guerra è dunque per il Mendes principalmente un problema di *trasporto feriti*: bisogna distinguere i trasportabili dagli intrasportabili e trasportare i primi, nel modo più comodo e rapido, fuori del teatro delle operazioni, là dove debbono trovarsi *ospedali di tappa*, pronti per riceverli e prestar loro tutte le cure necessarie in tempo utile e con la richiesta tranquillità.

Concezione limpidissima, vasta, indubbiamente esatta.

***

Ma si vuol dire con questo che le formazioni sanitarie mobili non abbiano ragione o possibilità di esistere? che gli ospedaletti da campo (e perfino dei reparti someggiati di sanità!) *debbono* — come pure accade — *territorializzarsi?*

Non è questo il pensiero del Mendes. Ed hanno torto coloro che glielo attribuiscono, tentando di trarne deplorevolmente profitto.

Il Mendes ritiene invece indispesabile la presenza di *ospedaletti da campo da 50 letti* nella immediata vicinanza della prima linea, perchè trova ivi insufficienti, allo scopo della ospedalizzazione *in sito*, gli attuali reparti di sanità. E scrive che « a questi ospedaletti potrebbero allora appoggiarsi anche le ambulanze chirurgiche di recente formazione, rese però più leggiere di quello che attualmente non siano ».

È dunque chiaro che il Mendes, pur giustificando la avvenuta trasformazione di molti ospedaletti da campo e delle stesse ambulanze chirurgiche in *ospedali di tappa*, vuole che gli altri ospedali da campo avanzino arditamente portandosi alla più breve distanza possibile dai posti di medicazione, andando cioè, ag-

(1) Il nutrito dibattito svoltosi nel nostro periodico sui miglioramenti da introdurre nei servizi sanitari campali, è ora prospettato e corredato di nuovi elementi dal prof. Rossi Doria, in questo nitido e vivace articolo, il quale si riferisce a quanto era stato pubblicato sino al fascicolo del 25 marzo u. s. *N. d. Red.*

giungo io, *al loro vero posto* secondo i tomi di mobilitazione, che, in questo almeno, non si dimostrano errati.

Nè potrebbe essere altrimenti perchè l'attuale guerra ha dimostrato la verità di ciò che afferma il mio direttore di sanità: «*in seconda linea si curano, ma solo in prima linea si salvano* i nostri cari feriti».

E il problema degli addominali è un problema che ammette una soluzione sola: il prontissimo intervento nelle unità sanitarie di prima linea o nulla. E l'assistenza chirurgica veramente efficace è quella che si dà in primo tempo. I giovani, gli arditi, i geniali chirurgi dei quali è così ricca la nostra scuola italiana dovrebbero tutti essere al fronte, dove si corre, sì, qualche maggior rischio di morire, ma dove si può fare, intero e benedetto, il proprio dovere.

Che tutto questo sia vero lo hanno anche avvertito gli illustri direttori di due ambulanze chirurgiche avanzate, i professori Alessandri e Bastianelli, i quali hano ideato ed ottenuto la istituzione di sezioni anche più avanzate delle loro ambulanze per i casi che non ammettono indugio. (*Proposte per il servizio sanitario chirurgico del R. esercito al fronte* — Policlinico, fasc. 13, 25 marzo 1917).

È proprio così: *la buona chirurgia di guerra non si può fare in pace*. Bisogna farla al rombo del cannone se non proprio al crepitìo delle mitragliatrici.

Sono dunque gli *ospedaletti da campo* avanzati che debbono farla.

***

Se non che, a mio credere, ha ragione il maggiore medico dott. Pietro Ferrari (*Ancora a proposito di servizi sanitarii campali*. Policlinico, fasc. 11, 11 marzo 1917) quando lamenta che il Mendes assegni a questi ospedaletti avanzati, oltre al compito di primo soccorso e di ospedalizzazione *in sito* degli intrasportabili, «anche quello del trasporto di tutti i feriti dai posti di medicazione reggimentali alla propria sede di funzionamento», sicchè detti ospedaletti, all'atto pratico, avrebbero la loro ragion d'essere più nel fatto di sgombrare che in quello di spedalizzare i feriti.

Ho già rilevato che per il Mendes — ed è opinione che divido anch'io — la parte più importante del servizio sanitario campale è costituita dal trasporto feriti.

Ma io penso che non sia questa una ragione per turbare la funzione di assistenza degli ospedaletti avanzati affidando loro un'altra funzione, nei momenti d'azione certamente soverchiante, quale è quella dello sgombero dei feriti. E penso che il Ferrari abbia ragione quando afferma che non giova ma nuoce, così alla funzione sgombero come alla funzione assistenza, il dppio compito promiscuo assegnato dal Mendes agli ospedaletti avanzati.

Ed io confesso che nel leggere la risposta del Mendes al Ferrari (Policlinico, n. 11, 11 marzo 1917) su questa promiscuità dei due compiti, *che il Mendes stesso aveva trovato dannosa* (1), ho avuto un senso di rincrescimento, e in parte anche di meraviglia, non vedendo accolte le idee del Ferrari, che sono piene di buon senso pratico e sono molto più in accordo col concetto fondamentale del Mendes stesso di quello che non lo siano le *proposte di ripiego* formulate da lui (aumento dei portaferiti degli ospedaletti, distinzione netta di questi dagli infermieri, costituzione dei medesimi in una specie di reparto aggregato a ciascuna unità).

***

Concludendo, per ciò che riguarda gli *ospedaletti da campo*, ecco quale mi sembra il frutto della discussione: una serie di proposte concrete, *tutte*, per fortuna, *di facile attuazione;* le seguenti:

1ª Gli ospedaletti da campo siano, allo stato delle cose, *riconosciuti* come *ospedali di tappa* (*Mendes*) là dove il loro impianto ed il loro successivo funzionamento ha spontaneamente determinato, in ragion del bisogno, la loro trasformazione in ospedali stabili, resisi ormai, *in quella forma*, necessarii e, fino ad un certo punto, insostituibili (*Rossi Doria*).

2ª Gli altri ospedaletti — e sono tanti quelli inutilizzati od ingombranti nelle retrovie! — *siano mandati al loro posto*, in prima linea, per integrare l'opera di primo soccorso dei posti di medicazione reggimentali (e dei reparti di sanità) e per provvedere alla ospedalizzazione *in sito* degli intrasportabili (*Mendes*).

Ma siano completamente esonerati dal compito di sgombero dei feriti, sia loro assegnato personale *tecnicamente adatto* e sia eliminato dalle loro dotazioni l'inutile e il superfluo (*Ferrari*).

3ª *I posti avanzati chirurgici* delle attuali

(1) Sono infatti del Mendes le parole seguenti contenute nel suo articolo del 1° gennaio: «se quindi non sembra il caso di abolire completamente le sezioni di sanità, *sembrerebbe piuttosto utile scindere nettamente in due unità diverse le due attribuzioni che attualmente la sezione accumula: quella del primo soccorso ed ospitalizzazione degli intrasportabili e quella del trasporto degli altri feriti*». Proprio ciò che il Ferrari propone.

ambulanze avanzate siano collegati con gli *ospedaletti avanzati* e coi *reparti di sanità* (*Alessandri-Bastianelli*).

E questi ultimi non siano nè soppressi nè modificati perchè quali sono, come organi avanzati per lo smistamento e lo sgombero dei feriti, compiono opera veramente preziosa ed assolutamente insostituibile (*Rossi Doria*).

II.

Un organo della vigente organizzazione sanitaria militare è stato speciamente preso di mira dai riformatori: *la sezione di sanità*.

C'è chi la vorrebbe abolire — e di questo è inutile parlare —; c'è chi ne esalta le ottime qualità e le vuol conservare logicamente come sono (Paoletti. *Insegnamenti della guerra sui servizi sanitarii campali.* Policlinico, fasc. 7, 11 febbr.); c'è chi le vuole affidare il compito, *esclusivo e completo*, del servizio di sgombero di *tutti* i feriti, dai posti di medicazione alle retrovie (*Ferrari*); c'è chi trova troppo vasto questo compito e vorrebbe limitarlo al solo trasporto dagli ospedaletti da campo in giù ed allo smistamento, trasformando le attuali sezioni di sanità in «*Sezioni trasporto* e *smistamento feriti*, non contemplate in nessun tomo di mobilitazione ma che in realtà esistono, generate spontaneamente dalle necessità della guerra attuale» (*Mendes*).

Io sono, come ho già detto, dell'opinione del Ferrari che la netta divisione dei due compiti — assistenza e trasporto — sia necessaria e che la sezione di sanità debba avere l'incarico, *esclusivo ma anche completo*, del trasporto feriti dai posti di medicazione alle retrovie.

In fatto di organizzazione, se si vuole — come è necessario — stabilire delle chiare responsabilità e dei precisi doveri, bisogna *dividere nettamente il lavoro.* Il compito è vasto? Non importa. L'importante è che sia ben definito.

Così, io non so immaginare la Sezione di sanità se non come la concepisce, perspicuamente, il Ferrari.

In tal modo costituita, la Sezione di sanità non si allontana dall'attuale ordinamento sanitario quale è fissato nei tomi di mobilitazione se non per lo stralcio della ospedalizzazione *in sito* che viene affidata agli ospedaletti da campo avanzati. E non tocca i *reparti di sanità*, che hanno reso e rendono e renderanno preziosi servigi, tanto sono bene ideati.

Essi costituiscono come le estremità uncinate, i punti di applicazione del meccanismo che presiede allo smistamento ed allo sgombero dei feriti, cioè alla funzione specifica della sezione di sanità.

Sono i reparti di sanità che ricevono i feriti dai posti di medicazione. Ed è naturale, nè contraddice al precetto della divisione del lavolo, che abbiano anch'essi dei posti di medicazione dove abili chirurgi, *nel prendere in consegna i feriti*, rivedano e completino, occorrendo, l'opera dei medici reggimentali, necessariamente tumultuaria e spesso incompleta nei momenti d'azione.

Sono poi i comandanti di questi reparti che debbono provvedere al primo smistamento ed avviare altri agli ospedaletti avanzati, altri ancora, i più, al *reparto di base* della sezione per l'ulteriore sgombero in basso. «Solo chi è avanti può dividere ed inviare a seconda dei casi». Così giustamente affermano Alessandri e Bastianelli.

* * *

Ma non è meno importante il compito del comandante di Sezione che deve provvedere al secondo smistamento dei feriti per destinarli ai varii ospedali di tappa e territoriali; e deve tener sempre pronti tutti i mezzi necessarii di sgombero, per qualsiasi numero di feriti, non soltanto utilizzando i portaferiti della sezione in momenti d'azione sempre insufficienti — ma prendendo accordi, preventivi ed estemporanei, coi varii comandi per avere i soldati necessarii dai reparti territoriali e presidiarii, dalle centurie, dalle compagnie lavoratori, ecc.

È inutile illudersi che si possa fare a meno di questo personale sussidiario. I *portaferiti* dei reparti di sanità non bastano neppure per il trasporto dei feriti dai posti di medicazione reggimentali alla sede del loro funzionamento. Anche aumentati, come suggerisce il Mendes per le sue unità ospedaliere, questi portaferiti non basterebbero.

La mia esperienza personale mi convince in modo assoluto che non è possibile avere un organico per i portaferiti, Se si vuole assicurare il *rapido servizio di sgombero*, specialmente nelle azioni in montagna, bisogna raccogliere ovunque e comunque, *al momento buono*, quanta più gente si può. E bisogna dunque saper prima dove trovarla. Dice bene il Ferrari: «*non se ne ha mai abbastanza*».

Ecco perchè è necesario avere dei buoni comandanti di sezione, energici e pieni di risorse e ben coadiuvati, se si vuol fare un servizio di sgombero appena soddisfacente.

Per questa ragione sopratutto ritengo non accettabile la proposta del Ferrari di abbinare i due incarichi di comandante di sezione e di capo ufficio di sanità.

È strano che anche il Ferrari, così logicamente reciso nel sostenere l'idea della netta divisione fra servizî, di assistenza e di sgombero dei feriti, voglia poi riunire queste due funzioni quando si tratta di dirigerle.

* * *

Concludendo, per ciò che riguarda *le sezioni di sanità ed i loro reparti*, dalla discussione risultano le seguenti proposte pratiche:

1ª La sezione di sanità abbia il solo compito dello smistamento e trasporto dei feriti e sia quindi alleggerita del personale e del materiale che ha attualmente a disposizione per l'altro compito non più suo della ospedalizzazione (*Ferrari*). Ma le sia aumentato permanentemente il materiale e saltuariamente, in ragion del bisogno, il personale per lo sgombero dei feriti (*Ferrari-Rossi Doria*).

2ª La sezione di sanità rimanga così come è attualmente costituita, cioè su 3 reparti, uno, carreggiato, *di base*, tra la prima e la seconda linea (*Mendes*), col Comando ed il magazzino avanzato di materiale sanitario di divisione (*Ferrari*); e due someggiati in prima linea. Rimangono dunque anche gli attuali reparti di sanità *nella forma attuale* (*Paoletti-Rossi Doria*) perchè costituiscono, così come sono, un eccellente anello di congiunzione fra i due campi d'azione: della *sezione di sanità* e dell'*ufficio di sanità* divisionali.

3ª Dipendano *dalla sezione di sanità* tutti i reparti della sezione, col relativo personale e materiale di sgombero dei feriti, rimanendo al suo comandante la responsabilità assoluta dello smistamento e trasporto di tutti i feriti, dai posti di medicazione alle retrovie (*Ferrari, Rossi Doria*).

4ª Dipendano invece *dall'ufficio di sanità* divisionale le unità ospedaliere avanzate col loro personale ed i posti di medicazione coi loro medici reggimentali; ed il Capo ufficio abbia intera la responsabilità del servizio di primo soccorso e di ospedalizzazione avanzata, non compresi però i *posti chirurgici* avanzati, che non possono evidentemente essere sottratti alla legittima giurisdizione delle *ambulanze chirurgiche* dalle quali emanano. (*Rossi Doria*).

* * *

A proposito di queste ambulanze chirurgiche è doveroso dire che esse rappresentano la parte più eletta della assistenza chirurgica di guerra, ma non è facile includerle nella organizzazione sanitaria militare appunto per la eccezionalità della loro costituzione.

Sono organi di lusso, dei quali è impossibile dotare organicamente ogni corpo d'armata, come i prof. Alessandri e Bastianelli vorrebbero.

I due illustri colleghi hanno fatto un bellissimo schema del *settore chirurgico di corpo d'armata*, con un direttore *professionale* sottoposto al direttore tecnico (il direttore di sanità) «per quanto riferisce all'organismo nel suo insieme, ma che pensi ed operi, pure in accordo con quello, *in una certa indipendenza* d'ordine *puramente professionale*».

La sfera d'azione di questo *corpo professionale* si dovrebbe estendere ad una zona che partendo dai primi posti di soccorso giungesse fino agli ospedali delle retrovie: il *settore chirurgico*.

Il settore oltrechè *un capo* dovrebbe avere *un centro*: l'ambulanza chirurgica, «come l'unità più preparata allo scopo» od una formazione sanitaria equivalente.

Lo schema è seducente, ma non è pratico, a mio credere, per due principali motivi:

1° perchè è difficile trovare chi possa assumere davvero la responsabilità, sia pure soltanto *professionale* dell'andamento chirurgico di tutto un settore «così da emanare e sorvegliare — sono le parole della proposta — i principii chirurgigi e la loro esecuzione nel modo più completo dalle prime cure fino al momento del trasferimento negli ospedali territoriali».

2° perchè per ogni nuovo responsabile che si aggiunge in un dato servizio, si diminuisce effettivamente, e spesso si perde del tutto, il senso e il fatto della responsabilità. Molti responsabili, nessun responsabile!

Un terzo motivo — quello di non difficili attriti fra i varii responsabili— non lo trovo degno di considerazione, ma non è forse inopportuno accennarlo.

Perciò, *concludendo* anche su questo ultimo punto, io credo preferibile che il direttore di sanità di corpo d'armata abbia sotto di sè due soli capi responsabili per ogni divisione: il capo ufficio e il comandante di sezione di sanità, quello per il servizio di assistenza, questo per il servizio di smistamento e trasporto dei feriti e degli ammalati.

E in quanto alla unità di indirizzo nel trattamento chirurgico dei feriti, credo, per mio conto, che sarebbe più facile ottenerlo con la propaganda dei *buoni principii* della chirurgia di guerra che con la loro imposizione, in linea gerarchica.

Zona di guerra, 31 marzo 1917.

T. Rossi Doria.

Sull'assistenza ospitaliera civile durante la guerra.

Prof. Dott. ARTURO CAMPANI
Medico-Direttore degli Spedali Civili di Brescia.
Capitano medico
Direttore dell'Ospedale da guerra 38 C. R.

Fra gli ospedali civili del Regno è sempre mancata quella coordinazione che tanto giova per Istituti fra di loro simili nelle finalità principali. Tale deficienza in parte si dovette al disinteressamento dei pubblici poteri centrali, in parte ancora ad un senso qualche volta direi quasi feroce di autonomia, tale da chiudere troppo le Istituzioni in sè medesime senza visione delle necessità generali e delle ragioni stesse di vita dell'ospedale, che nell'organismo moderno ha una funzione assai complessa e quindi intimamente collegata con tutti i rami della medecina sociale. Gli è perciò che più volte in ogni congresso i direttori d'ospedale si fecero voti per una più intima unione di tutti gli istituti d'assistenza e in particolar modo di quella nosocomiale, gli è perciò che qualcuno di noi (1) coll'approvazione dei colleghi, propugnò la creazione, nella Sanità pubblica ministeriale, di una Sezione speciale per l'assistenza ospitaliera.

Se questa sistemazione ci fosse stata, anche i rapporti fra la Sanità militare e gli ospedali civili nell'attuale periodo bellico, sarebbero risultati più organici, con minori oscillazioni e disparità di quelle che si sono poi verificate. Ciò risulterà del resto dagli elementi statistici che abbiamo voluto raccogliere, a dir vero non per questo scopo critico, bensì per stabilire anche su dati di fatto quale debba ritenersi il fabbisogno minimo di medici perchè l'assistenza ospitaliera civile possa svolgersi in modo sufficiente.

Dalle cifre raccolte viene implicitamente data risposta anche a quesiti collaterali che risultano interessanti per sè stessi, indipendentemente dallo stato di guerra.

All'uopo noi abbiamo fatto un questionario pei maggiori ospedali italiani: di questi purtroppo solo 21 ci diedero risposte complete e ne ringraziamo la cortesia delle Amministrazioni e delle Direzioni.

Primo problema che ci interessava *era quello di sapere la differenza fra il numero delle presenze civili prima della guerra e durante la guerra.*

Giacchè sul quantitativo della popolazione ospitaliera civile dovevano influire due fattori in senso opposto: l'uno, la diminuzione effettiva degli uomini giovani chiamati sotto le armi, l'altro, invece, la diminuita assistenza domiciliare e la crisi economica della guerra. Quale dei due elementi avrebbe prevalso? Dalle nostre statistiche nosocomiali risultava che i malati maschi dai 20 ai 40 anni rappresentano circa 1/3 del totale di usciti maschi avendo noi ordinariamente una media di 882 compresi fra questo limite di età, su un totale di 2594 maschi.

Però naturalmente non tutti gli uomini fra i 20 ed i 40 anni sono militari e quindi la morbosità relativa non doveva essere sottratta del tutto: anzi i rimasti, come riformati o come addetti alle officine, si dimostrano più soggetti alle cause morbose: dai numeri non ancora completi del 1916, crediamo di non errare giudicando che la diminuzione effettiva su questo gruppo sia un po' meno della metà e cioè di circa 400 sopra un movimento aggirantesi intorno ai 2500, esclusi naturalmente i militari, quindi di 1/6 dei maschi. E siccome nella maggioranza dei nostri ospedali gli uomini rappresentano il 51 % e le donne il 49 % avremmo dovuto avere presso a poco la diminuzione naturale di 1/12 abbondante per tutta la popolazione ospitaliera. In realtà almeno per gli ospedali interrogati abbiamo avuto una diminuzione di 700 presenze giornaliere sopra 8520, cioè di 1/12 pari quindi a quella presunta.

Ciò dimostrerebbe che mediocramente ha influito lo stato di guerra nella ricerca della spedalizzazione. Ma noi pensiamo che invece le cose non sieno andate precisamente così e che la naturale maggiore affluenza sia stata impedita dal fatto che parecchi ospedali hanno diminuita la disponibilità dei loro letti per la popolazione civile, allo scopo di favorire l'accoglimento dei militari. Questo in parte veniva spiegato anche dalle disposizioni della sanità militare che invitava a restringere gli accoglimenti non indispensabili, come le forme cutanee, di oculistica, i cronici, ecc.

Però se ciò accadde in principio anche per l'inesperienza delle cose di guerra, inesperienza fortunatamente prolungatasi per 50 anni, a poco a poco si comprese come non si dovesse esagerare in questi criteri diremo così *panmilitari*, specie poi quando per essi la cura ai civili, pur necessarissima, subiva troppe restrizioni. Ciò tanto più considerando che mentre molti ospedali militari del Regno restano semivuoti, invano la popolazione borghese po-

(1) LIGORIO. *Trattato di igiene e tecnica ospitaliera.* Unione tip. editrice.
VARANINI. Arch. di Sc. Ospit., Pensiero Medico, 1916.
CAMPANI. Arch. Sc. Ospit., 1914.

trebbe provvedere a sè in caso di bisogno assoluto. A questo proposito noi crediamo che gli ospedali civili, generalmente forniti di mezzi chirurgici ottimi, di personale praticissimo, debbano essere posti a disposizione dei militari solo per i malati di alta chirurgia che in genere non sono molti, evitando di ingombrare le corsie con forme leggiere e con malati di medicina, pei quali l'assistenza non esige grandi mezzi.

Naturalmente la disponibilità pei militari deve essere calcolata nel numero medio di letti vuoti.

Dal lavoro di Deganello (1) risulta che in tempi di pace i letti vuoti in Italia negli ospedali pubblici rappresentavano il 37,6 %. Tale cifra è relativamente alta poichè solo la Germania la supera col 41,8 %, mentre le altre nazioni stanno al disotto con un minimo di 15,2 per l'Ungheria. Calcolando questo minimo quale cosa appena possibile e sopportabile anche da noi in tempo di guerra, ne viene che la misura equa di letti cedibili dai nostri ospedali pei militari sarà valutata in modo da ridurre la disponibilità a non meno del 15%. Brescia, ad esempio, sopra 1000 letti e con una media di 600 presenze, cioè con una disponibilità del 40%, ha dato 200 letti ai militari, riducendo detta disponibilità al 20%, aumentata poi per l'acquisto di nuovi letti e l'utilizzazione di nuovi locali fino al 27% circa.

Ora vediamo quanti letti furono dati ai militari negli ospedali singoli, rilevando però che noi abbiamo calcolato in confronto solo il numero medio dei letti vuoti, criterio non del tutto esatto, ma l'unico ora possibile ad essere raccolto.

Gli ospedali furono disposti in ordine decrescente secondo il numero dei letti prima della guerra:

TAVOLA I.

Numero medio dei letti vuoti disponibili pei civili prima e durante la guerra.

	Numero dei letti		Presenza media civile		Letti assegnati ai militari	Letti vuoti disponib. pei civili		Osservazioni
	Prima della guerra	Durante la guerra	Prima	Durante		Prima	Durante	
1. Venezia	1500	1650	1200	1087	250	20 %	15 %	
2. Brescia	1000	1100	600	550	200	40 %	27 %	
3. Padova	900	1550	750	700	650	16 %	16 %	
4. Cremona Ospedale Maggiore	890	890	650	608	0	26 %	26 %	Tutto l'Ospedale Ugolani Dati fu assegnato ai militari e nel Maggiore fu concentrata l'assistenza ai borghesi.
5. Lucca	830	830	500	500	220	39 %	13 %	
6. Novara	700	700	491	460	150	29 %	8 %	
7. Bologna (Maggiore)	—	—	—	—	0	—	—	
8. Parma	600	800	460	460	200	23 %	23 %	
9. Bergamo	600	600	500	450	0	16 %	25 %	
10. Verona	550	550	524	415	0	4 %	24 %	
11. Piacenza	550	550	350	350	100	36 %	18 %	
12. Udine	450	450	400	300	0	11 %	33 %	
13. Vicenza	400	400	350	350	0	12 %	12 %	
14. Ferrara	400	530	320	270	150	20 %	15 %	
15. Mantova	400	400	350	350	0	12 %	12 %	
16. Modena	300	900	250	180	700	16 %	10 %	Vennero adibiti nuovi locali ad uso ospitaliero.
17. Reggio E.	350	350	260	260	90	26 %	18 %	
18. Lodi	350	386	205	200	110	41 %	19 %	
19. Pistoia	350	350	260	260	50	25 %	11 %	
20. Monza	320	350	200	215	100	37 %	14 %	
21. Como	250 (?	250 (?	250 (?	250 (?		?		
22. Ravenna	180	106	140	106	76	20 %	0 %	Ha dato parte dei locali alla Croce Rossa con gestione autonoma.
	11870	13692	9010	8321	3046			

(1) Arch. Sc. Ospit., 1913.

Dalle cifre suesposte rileviamo dati assai interessanti anche pel tempo di pace: vediamo cioè come mentre parecchie città, in testa alle quali è Brescia, hanno una sufficiente disponibilità di letti, altre invece ne sono scarsissime in modo tale che difficilmente si comprende come ivi possa svolgersi bene l'assistenza ospitaliera.

Citiamo fra queste prima Verona con disponibilità media del 4 % e così Udine coll'11, Vicenza col 12, Padova e Bergamo col 16 %.

Certo i fattori del fenomeno sono un po' complessi e relativi anche alla presenza di altri istituti di ricovero nella stessa città che rappresenteranno per così dire una valvola di sicurezza pei casi di pletora, ma ad ogni modo sarebbe desiderabile che la cifra minima del 20 % venisse raggiunta ovunque.

Durante la guerra, come si vede, abbiamo varianti considerevoli: in genere però quegli Istituti che avevano scarse disponibilità precedentemente, si sono rifiutati di accogliere militari. Modena solo lo ha fatto in larghissima misura, ma creando un nuovo ospedale di 700 letti in locali extra-ospitalieri.

Vista così in dettaglio l'efficienza dei vari ospedali circa i letti veniamo ora al computo statistico dei medici adibiti alla cura dei malati civili, calcolando prima le cifre generali, poi venendo ad un esame analitico secondo la destinazione e le esigenze dei vari servizii.

Dalla tavola 2ª emerge come anche in tempo di pace esistessero differenze abbastanza sensibili nella proporzione fra medici e malati nei singoli ospedali, partendosi da un massimo di 11:16 per Modena ed un minimo di 1,44 per Padova. Però tranne le città nelle quali come in queste esistono cliniche universitarie e che quindi sono meno paragonabili alle altre sotto l'aspetto del personale medico, che è oscillante, ed abbondante, in genere, nei periodi di maggior bisogno, vediamo che la cifra media sta da 1:26. Sono inferiori a tale cifra, di molto, Ferrara (1:40) Udine e Pistoia. Colla guerra le proporzioni si sono assai modificate ed abbiamo in qualche ospedale cifre addirittura iperboliche che come 1:100 a Padova, 1:70 a Vicenza, 1:90 a Ferrara. Solo a Modena, a Parma ed a Cremona abbiamo un aumento relativo ai medici per l'assistenza civile. Tale aumento però è solo apparente, perchè, come già si disse, ad esempio a Modena ci sono in media 500 militari curati dagli stessi medici civili, il che in definitiva porta una diminuzione della disponibilità d'opera pei civili. A Cremona poi il fatto devesi all'accentramento dell'assistenza civile nel solo ospedale Maggiore, mentre prima essa era divisa coll'ospedale Ugolani Dati.

TAVOLA II.

Proporzione fra il numero dei Medici Ospitalieri e quella dei letti e delle presenze in ciascun Ospedale Civile prima e durante la guerra.

	Numero dei Medici		Proporzioni fra Medici e letti		Proporzione fra Medici e presenze civili	
	prima della guerra	durante la guerra	prima della guerra	durante la guerra	prima della guerra	durante la guerra
1. Venezia .	59	43	1:25	1:38	1:20	1:25
2. Brescia .	26	20	1:38	1:55	1:23	1:30
3. Padova .	17	7	1:50	—	1:44	1:10⁰
4. Cremona	26	31	1:34	1:29	1:25	1:19
5. Lucca . .	22	16	1:38	1:50	1:22	1:31
6. Novara .	25	18	1:28	1:39	1:20	1:26
7. Bologna . (Maggiore)	20	13	1:40	—	1:30	—
8. Parma .	14	14	1:43	1:57	1:33	1:33
9. Bergamo	25	9	1:24	1:66	1:20	1:50
10. Verona .	24	14	1:23	1:38	1:22	1:34
11. Piacenza	16	12	1:34	1:45	1:21	1:29
12. Ferrara .	8	4	1:50	1:13	1:40	1:90
13. Mantova	14	8	1:31	1:50	1:25	1:43
14. Modena .	15	13	1:26	1:70	1:16	1:12
15. Reggio E.	10	4	1:35	1:87	1:26	1:65
16. Lodi . . .	9	6	1:38	1:64	1:22	1:33
17. Pistoia .	8	7	1:43	1:50	1:32	1:36
18. Monza . .	7	4	1:35	1:87	1:28	1:53
19. Como . .	11	6	1:22	1:41	1:22	1:42
20. Udine . .	12	6	1:37	1:75	1:33	1:50
21. Vicenza .	11	5	1:35	1:80	1:31	1:70
22. Ravenna	6	4	1:31	1:26	1:24	1:26
	n. 385	n 264	media} 1:30	1:51	1:23	1:31

Indubbiamente negli ospedali dove la proporzione di 1:40 è superata l'esperienza dimostra in linea generica che l'assistenza non può svolgersi sufficientemente, specie là dove i riparti specialistici sieno mantenuti, e gli specialisti non prestino l'opera propria come medici generici.

Trascriviamo ora il quadro analitico dell'assistenza medica divisa nelle sue varie branche.

TAVOLA III.
Assistenza medica nei vari Ospedali secondo le diverse specialità.

	Letti Chirurg. pei civili		CHIRURGIA						MEDICINA						Ostetrica		Oculistica		Dermosifilopatica		Altre specialità		Anatomia patologica	
			Prim. Chirurg.		Aiuti Chirurg.		Ass. Chirurg.		Prim. Medici		Aiuti Medici		Ass. Medici											
	Pr.	Dur.	Pr.	Dur.	Pr.	Dur.	Pr.	Dur.	Pr.	Dur.	Pr.	Dur.	Pr.	Dur.	Pr.	Dur.	Pr.	Dur.	Pr.	Dur.	Pr.	Dur.	Pr.	Dur.
1. Venezia . . .	350	350	3	3	3	2	8	6	4	3	4	4	8	5	3	1	3	2	5	4	10	9	2	2
2. Brescia . . .	300	300	3	3	2	2	4	2	2	2	2	2	3	2	4	4	2	2	1	1	1	1	0	0
3. Padova . . .	220	150	2	2	0	0	4	2	3	3	0	0	6	4	4	2	3	2	4	3	4	3	3	2
4. Cremona . .	97	209	1	2	1	2	2	4	3	4	5	5	8	8	1	1	1	1	1	1	4	3	0	0
5. Lucca	150	130	1	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	4	2	2	1	2	1	1	0	0	0
6. Novara . . .	400	250	3	3	1	1	2	1	4	4	1	1	3	0	1	1	2	2	0	0	1	1	1	1
7. Bologna . . . (Maggiore)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8. Parma . . .	130	130	2	2	2	2	1	1	7	7	0	0	4	4	1	1	1	1	1	1	2	2	1	0
9 Bergamo . .	150	160	2	1	2	0	4	2	2	1	2	0	4	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	0
10. Verona . . .	120	120	2	1	2	0	2	2	3	2	3	0	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11. Piacenza . .	180	180	1	1	2	1	3	3	3	3	3	0	3	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1
12. Udine	200	200	2	2	0	0	3	0	3	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
13. Vicenza . . .	180	180	1	1	1	0	3	1	2	2	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
14. Ferrara . . .	180	180	1	1	1	0	2	0	2	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15. Modena . . .	120	120	2	2	2	0	2	2	3	3	0	0	3	3	0	0	2	2	3	?	6	?	1	1
16. Mantova . .	150	150	2	2	2	0	0	0	3	2	0	0	3	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0
17. Reggio E. .	120	120	3	2	1	0	2	0	2	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18. Lodi	100	90	1	1	1	1	1	0	3	1	0	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
19. Pistoia . . .	100	100	1	1	1	1	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
20. Monza	40	40	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
21. Como	?	?	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
22. Ravenna . .	76	76	1	1	0	0	2	1	1	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3363	3235	36	34	29	15	51	31	57	49	26	16	70	39	23	16	25	21	21	14	34	23	12	9

Abbiamo dato un posto speciale al numero dei letti di chirurgia pei civili essendo importante sapere in rapporto alle necessità di assistenza chirurgica relative, se detto numero per la guerra fosse stato diminuito, come poteva in apparenza permettere la considerazione che sarebbero diminuite parecchio le esigenze circa gli atti operativi di elezione come ernie libere, varicoceli, ecc. Viceversa vediamo che la presunta diminuzione è quasi trascurabile salvo qualche rara eccezione. E la cosa è ottima, in vista del fatto che quasi tutte le città dell'elenco sono esposte a bombardamenti aerei od altri infortuni di guerra che giustificano la opportunità di mantenere in piena efficienza detti riparti, anche se la diminuzione della popolazione maschile giovane possa costituire una causa della diminuzione di qualche presenza chirurgica borghese. In corrispondenza doveva essere mantenuto il personale medico di chirurgia in quantità sufficiente: ciò in complesso può dirsi sia avvenuto ovunque, giacchè in 21 ospedali troviamo che sopra 31 primari ne venne tolto uno solo. Diminuirono però 11 aiuti su 25 e 20 assistenti su 47. Qual'è il minimo indispensabile in questo servizio? Durante il tempo di pace risulterebbe che vi è un primario ogni 90 letti e circa un chirurgo secondario (aiuti, assistenti) ogni 40 letti. Ora, restando inalterata la proporzione dei primari, abbiamo un secondario ogni 70 letti circa. Ben si comprende però che queste considerazioni

numeriche non bastano: bisogna aggiungere che occorre sempre sia provveduto al caso di un'assenza improvvisa del primario per malattia od altro, perchè il servizio di alta chirurgia in una città deve essere garantito. E perciò l'aiuto non sarà sostituibile, là dove esista solo un primario, con un limite massimo di 150 letti, oltre i quali, dovrà esservi anche almeno un assistente fino a 200. Se poi la cifra fosse superiore saranno necessari o due aiuti od un primario o due primari e un aiuto con proporzionato numero di assistenti (un secondario ogni 70 letti).

Quanto alle medicine il fabbisogno in tempo di economia può essere minore giacchè le proporzioni fatte per la pace rispondono a necessità di ricerche scientifiche speciali che naturalmente ora per forza vengono trascurate. Però al disotto di un certo termine non si può scendere anche perchè il personale secondario è necessario al servizio di guardia.

Dei primari medici furono tolti ben pochi (da 51 a 43), mentre diminuirono della metà i medici secondari. Io credo che un primario di buona volontà, lavorando, possa attendere anche senza assistente (purchè vi sia un altro primario in altro riparto o un aiuto per l'eventuale sostituzione) a 100 malati circa. Ove vi siano due primari la permanenza dell'aiuto è inutile. Quando ve ne sia invece uno solo occorre pure l'aiuto o un primo assistente in grado di sostituirlo, anche se sia piccolo il numero dei letti. In altre parole se un primario può bastare per un numero relativamente grande di malati rappresentando egli in tali casi solo la consulenza e la sorveglianza generale del riparto, occorre però che abbia un medico secondario almeno ogni 90 letti. Cosicchè in un ospedale medio, la forma più comune, che ha circa 180 letti di medicina potranno bastare o un primario con un aiuto, o due primari con un assistente (per la guardia specialmente). Certo l'onere sarà grave, ma sacrificando parecchie ore all'ospedale come è di dovere, senza eccessiva tenerezza per la clientela esterna, ci si riesce benissimo.

Corrispondentemente al maggior onere le amministrazioni dovrebbero concedere il relativo aumento di stipendio.

Per il servizio di guardia sono indispensabili in un ospedale medio almeno tre medici scelti fra gli assistenti o gli aiuti di medicina. Gli aiuti di chirurgia vi saranno adibiti, causa il più grave lavoro, solo in circostanze eccezionali.

La tabella degli specialisti dimostra differenze notevoli di criteri fra uno spedale e l'altro: le specialità ostetrica e oculistica sono quelle che hanno più frequente riparti propri (15 su 22), segue la dermopatica con 10 su 22.

Possiedono anatomo patologi pure 10 ospedali. Prescindendo dalla guerra sarebbe proprio desiderabile che tutti gli ospedali di una certa importanza provvedessero riparti specialistici completi e in nessuno mancasse l'anatomo-patologo: infatti solo ove esistono gabinetti scientifici addetti all'anatomia patologica si possono fare studi seri completi sulle varie branche della clinica.

La falcidia avvenuta pel servizio militare fra gli specialisti fu del 30 %. Però ad onor del vero in nessun luogo il riparto è rimasto senza un medico che lo possa condurre. Ed infatti non sarebbe possibile sostituire nè un dermatologo nè un oculista nè un ostetrico di ospedale con altro medico improvvisato.

Concludendo sia dalle cifre forniteci sia dall'esperienza il fabbisogno minimo per ospedali medi (400-600 letti) sarebbe di 14 medici così distribuiti:

a) Chirurgia: 1 primario chirurgo, 1 aiuto, 2 assistenti; oppure 2 primari chir. o 2 assistenti, dai 150 ai 200 letti di chirurgia.

b) Medicina: 1 primario med., 1 aiuto, 1 assistente; oppure 2 primari e un assistente, dai 150 ai 200 letti.

c) Servizi generali di accettazione e di guardia: 3 medici (secondari di medicina e di chirurgia).

d) *Gli specialisti insostituibili* sono quelli di ostetricia, oculistica e dermosifilopatica (specie per le sezioni delle prostitute). Pei tubercolosi o per la pediatria può avvenire la sostituzione con medici generici.

e) *Il Direttore* è insostituibile ove i primari di medicina abbiano il servizio massimo sopra indicato, sostituibile se invece il personale primario è rimasto in numero maggiore, sì che uno di essi possa attendere anche alla direzione medica.

È implicito che un quadro così ridotto si renderà possibile solo ove i singoli medici non abbiano poi oneri militari.

Come si vede il problema della sufficienza o meno di personale medico è intieramente connesso colle funzioni che a detto personale possono essere sistematicamente aggiunte, al di fuori della clientela privata. È chiaro infatti che se undici medici oltre gli specialisti possono considerarsi sufficienti per un ospedale di circa seicento letti, ciò non sarà più allorchè tutti o in parte detti medici sieno militarizzati

ed abbiano cioè da attendere oltre che alle funzioni civili anche a quelle delicatissime ed importanti del servizio militare.

TAVOLA IV.

	È nel nosocomio costituito un ospedale militare di riserva?	Numero totale dei medici rimasti	Medici militarizzati	Medici esonerati	Il direttore è borghese o militare?	Osservazioni
1. Venezia .	no	43	26	0	Borghese	
2. Brescia .	no	20	6	3	Militare	Richiamato fuori sede (Capitano Croce Rossa).
3. Padova .	si	7	4	1	Militare	Richiamato fuori sede (Maggiore sanità).
4. Cremona	si	31	18	5	Non esiste	
5. Lucca . .	si	16	4	2	Militare	In sede (Magg. sanità).
6. Novara .	no	18	3	2	—	
7. Bologna . (Maggiore)	no	13	—	—	Non esiste	
8. Parma .	si	14	4	3	Militare	Richiamato fuori sede (Maggiore sanità).
9. Bergamo	no	9	2	2	»	In sede.
10. Verona .	no	14	8	1	Borghese	
11. Piacenza	no	12	3	4	»	
12. Udine . .	no	6	4	0	Militare	
13. Vicenza .	no	5	0	1	Borghese	
14. Ferrara .	no	4	0	0	»	
15. Modena .	si	14	10	4	»	
16. Reggio E.	si	4	1	0	»	
17. Lodi . . .	si	6	2	2	»	
18. Pistoia .	no	7	5	1	Militare	(Maggiore sanità).
19. Monza . .	si	4	2	1	»	
20. Como . .	si	6	3	0	Borghese	
21. Mantova	no	—	—	—	—	
22. Ravenna	no	4	1	1	Militare	Ha ceduto parte dei locali alla Croce Rossa (Magg. Croce Rossa).
		257	106	33		

A questo riguardo negli ospedali nostri si sono verificate le più diverse condizioni:

1. Alcuni ospedali non ricevono soldati, eppure parte dei sanitari loro sono militarizzati continuando tuttavia a prestare servizio civile, oltre quello esterno pel quale vestono la divisa.

2. Altri ricevono militari, ma non sono costituiti in ospedali di riserva, sicchè i medici militarizzati danno la loro opera anche ai militari accolti nello spedale, ma come medici civili, cioè non per incarico dello Stato, che li paga solo per le funzioni militari extra ospitaliere.

3. Altri infine (nove su ventidue) sono ospedali militari di riserva ed i medici fanno servizio militare e civile nello stesso ospedale non avendo altri incarichi fuori.

Di queste tre condizioni la più curiosa e meno logica è la seconda per la quale, oltre l'iniquità economica di medici che stando nella loro sede possono percepire tre stipendi e cioè quello civile pei civili, quello militare pei militari extraospitalieri, ed infine un terzo dato dall'amministrazione civile in compenso della cura ai soldati dozzinanti accolti nello spedale, oltre a ciò, diciamo, vi è l'inconveniente che i medici stessi vengono ad avere troppe funzioni, per le quali, mentre il loro numero in apparenza è sufficiente, in sostanza si rende deficiente.

Invece migliore è la terza soluzione come più netta di fronte allo Stato e all'opera pia: è ovvio infatti che le funzioni militari e civili riunite francamente e di diritto nello stesso Istituto facciano risparmiare personale: in ogni modo le esigenze singole sono meglio precisabili.

Ove poi, come nel primo caso descritto, l'ospedale civile non accolga militari si dovrebbe fissare il fabbisogno minimo presso a poco secondo i criteri da noi esposti, concedendosi di diritto l'esonero pei sanitari relativi, e lasciando gli altri a totale disposizione dell'Autorità militare, senza alcun servizio promiscuo. Si intende che i sanitari ai quali venga così addossato un lavoro doppio, spetta di diritto un maggior stipendio, anche per compensarli dal danno nella diminuzione della clientela alla quale meno potranno attendere.

E se in qualche luogo per avventura il numero di medici, i quali per la loro età abbiano obblighi di leva e appartengano alle truppe mobili, quindi non esonerabili, sia eventualmente forte, in tal caso l'ospedale deve provvedervi coll'assunzione di medici anziani che in realtà, ove si voglia, non mancano.

Adunque, come già sostenemmo nella *Vita Sanitaria* del 12 agosto 1915, è il terzo sistema che a nostro avviso doveva essere adottato generalmente come il più ovvio, anche dal punto di vista gerarchico e della disciplina per le funzioni militari negli ospedali civili. Invece ciò è avvenuto solo per una parte degli istituti: ecco perchè fin da principio abbiamo espresso il desiderio di una maggiore uniformità di vedute e di trattamento relativo.

Quanto al lato economico della questione esso era risolvibile con opportuni accomodamenti nella diaria, questa pure variabilissima da L. 2.40 a L. 6.00 il giorno e cioè tale, data

l'uniformità attuale del costo viveri, riscaldamento, medicazione, ecc., che certamente deve risolversi, per gli estremi, o in un danno allo Stato o alle opere pie.

E se poi invece, come taluno sostiene, non fosse stata ritenuta la migliore soluzione quella di ospedali militari incuneati negli ospedali civili, perchè con giurisdizioni diverse, il numero dei medici *borghesi* occorrenti al disimpegno anche delle funzioni terapeutiche militari doveva venire calcolato allo stesso modo di quanto si disse sopra, procedendo agli esoneri relativi in misura più larga.

Combattendo lo sparpagliamento e la molteplicità di servizii crediamo di fare cosa utile all'economia generale della sanità, economia di opera e di danaro. Solo coll'adozione di sistemi uniformi e paragonabili potremo fornire alle Commissioni di esonero criteri giusti e precisi nelle loro sentenze; gli è perciò che speriamo di aver fatto opera non inutile portando davanti al pubblico gli elementi statistici di fatto che ci riuscì raccogliere.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 28 gennaio 1913

Presidenza del prof. F. DURANTE, presidente.

Flogosi, ipertrofia, distensione del miocardio in rapporto alla sifilide.

Prof. R. CAMPANA. — Legge una memoria sulla miocardite infiltrativa cronica, messa in rapporto alla vera ipertrofia del cuore ed alla cosidetta dilatazione di esso; determinando i limiti da assegnare alla sifilide in queste alterazioni assai frequenti e non prese in considerazione come effetti della sifilide nei tipi suindicati.

Un caso di tachicardia parossistica essenziale con singolare manifestazione di spasmo ritmico.

Prof. GIOV. GALLI. — Presenta un soldato con tachicardia parossistica essenziale con singolare manifestazione di spasmo ritmico. Il soggetto ha assenza dei riflessi rotulei, di quando in quando sindrome basedowiana ed in fine una dilatazione attiva, con effetto utile, delle pinne nasali non sempre sincrona col polso.

Cosa singolare è che il soggetto può a volontà far svanire o provocare l'attacco di tachicardia parossistica. Il Galli è riuscito a far cessare l'attacco tachicardico mediante compressione del vago, cosa che oggi il soldato riesce a fare da sè; ciò si è avuto anche con la prova del Valsalva che qualche volta invece è riuscita a provocarlo. L'O. presenta numerose grafiche con le quali ha studiato i varii fenomeni che si verificano all'inizio, durante ed al finire dell'attacco. Egli, ha potuto constatare che l'arresto si ha con la contrazione dell'orecchietta e che dopo una pausa impressionante la parte che riprende a funzionare è pure l'orecchietta. Richiama l'attenzione sul sintoma della dilatazione attiva delle pinne nasali che è stato poco studiato. Contrariamente a qualche autore che sostiene essa sia sincroma col polso, egli, prendendo curve del respiro e della radiale contemporaneamente, ha trovato che è del tutto indipendente.

La tonsillectomia nel reumatismo articolare acuto, nelle endocarditi e nefriti ricorrenti da tonsillite.

Prof. U. ARCANGELI. — Dopo aver accennato all'importanza delle tonsilliti nella genesi del reumatismo articolare acuto, nelle endocarditi e nefriti ricorrenti, riferisce alcune storie cliniche di malati curati e guariti con la tonsillectomia. Dall'esperienza fatta mediante tali casi egli viene alle seguenti conclusioni:

1° Nelle tonsilliti recidivanti è indicata la tonsillectomia non solo per evitare il ripetersi della malattia noiosa, ma per solito benigna, ma per prevenire possibili complicazioni quali le endocarditi, le nefriti, le pleuriti, ecc.;

2° Nel reumatismo articolare acuto con o senza endocardite è indicata la tonsillectomia a prevenire le recidive, le endocarditi ricorrenti e quegli attacchi larvati di reumatismo che sono causa frequente di scompenso cardiaco;

3° Nelle nefriti consecutive a tonsilliti è necessario praticare la tonsillectomia per evitare le ricadute e l'aggravarsi della nefrite, e talora per rendere possibile la guarigione della nefrite.

Contributo al rinvigorimento colturale del meningococco.

Dott. P. CALDAROLA. — Comunica alcune ricerche fatte dei mezzi adatti per mantenere in vita a lungo i diversi stipiti di meningococchi usati nella preparazione del siero. Le sue ricerche furono eseguite su 42 stipiti tutti Gram-negativi, che fermentavano il glucosio ed il maltosio e davano una agglutinazione sino all'1:300 con un siero agglutinante dell'Istituto Pasteur del titolo di 1:500. La conclusione alla quale è pervenuto è che, possono mantenersi in vita anche per qualche anno colture di meningococchi e rinvigorirle ricorrendo a speciali terreni di coltura e rendendo recettivi, con metodi appropriati all'infezione meningococcica, animali naturalmente refrattari o quasi.

Il prof. B. GOSIO dopo aver rilevato l'importanza del contributo del Caldarola al rinvigorimento colturale del meningococco, accenna ai caratteri di un siero veramente efficace ed in particolare alla plurivalenza e conchiude affermando che nell'interesse della pratica conviene studiare se il coniglio possa sostituirsi con altri animali, per es. il *musculus mus*.

Il prof. D. DE BLASI, interessandosi dell'espediente usato dal Dr. Caldarola nel sensibilizzare il coniglio al meningococco, ricorda alcune sue esperienze già pubblicate sui liquidi aggressinici in genere e sulla loro specificità. ENNIO GROSSI.

Il prossimo fascicolo recherà la continuazione del resoconto del Congresso chirurgico.

La Red.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Il reumatismo in guerra.

È ben noto come nella pratica civile si faccia molto abuso del termine reumatismo per indicare forme morbose che hanno di comune un solo sintomo: il dolore. Tutti i medici sono convinti che il reumatismo non corrisponde ad una entità morbosa definita, pure ricorrono frequentemente ad esso per designare affezioni la cui natura ci sfugge. Questo abuso, nota Blund (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1916, n. 24), in guerra ha raggiunto proporzioni inverosimili. Non c'è soldato che accusi dolore in questo o quel gruppo muscolare che non sia dichiarato affetto da reumatismo, e che, esperite inutilmente le altre cure antireumatiche non sia inviato in qualche stabilimento termo-minerale.

Vero è che se si esaminano con diligenza tutti questi casi si giunge alla conclusione che non si tratta di una forma morbosa unica, ma per lo meno di un gruppo di malattie. Conviene innanzi tutto ridurre a proporzioni verosimili i casi di reumatismo muscolare, la cui concezione etiologica e nosografica rimane sempre oscura. Si è pensato ad azioni batteriche o processi di coagulazione della sostanza muscolare, ad una transitoria iperemia con leggeri essudati, a nevralgie dei rami nervosi intermuscolari, determinate dall'azione del freddo, dell'umidità o dalle brusche variazioni atmosferiche. Ma si tratta in ogni caso di concetti sempre poco semplici, poco chiari, di pure ipotesi che non sempre resistono al controllo della realtà.

Quando si seguono a lungo questi sofferenti di così dette mialgie reumatiche si trova che ben altra è la causa del dolore. Ben numerosi così si riconoscono dovuti a forme nevritiche o nevralgiche dovute a cause ben note come la gotta, la sifilide, il diabete, gli avvelamenti cronici o infezioni acute, e per le quali l'elemento reumatizzante costituisce la causa occasionale che ha aggravata o svelata l'affezione.

Un altro gruppo di affezioni fondamentali costituenti il reumatismo è dato dai processi articolari, il cui riconoscimento però è più facile ed in genere fatto puù precocemente. In genere nelle articolazioni colpite ben presto compare un leggero crepitio o qualche alterazione ossea accertabile all'esame radiografico. Pur tuttavia numerosi sono i casi di artriti delle vertebre che vengono scambiati con lombaggini.

Un buon numero di casi, reumatismo degli arti inferiori vanno inoltre attribuiti ai disturbi più o meno tipici del piede piatto con le conseguenti alterazioni osee. Accanto a questi casi ve ne sono altri di tubercolosi della colonna vertebrale, processi tubercolari iniziali delle articolazioni e delle guaine tendinee, artriti gonococciche, artropatie tabetiche, gotta, grave arteriosclerosi degli arti inferiori con claudicazione intermittente, i quali sono anche essi scambiati comunemente con fatti reumatici.

Vi sono per altro casi di dolori diagnosticati come reumatici nei quali, per quanto l'esame sia accurato, non si riusce mai a mettere in evidenza alcuna alterazione a carico dei muscoli, delle articolazioni, dei nervi, ecc. Sono questi i casi nei quali un esame ben fatto del sistema nervoso svela uno stato neurastenico, del quale i dolori variamente localizzati costituiscono un sintomo molto frequente.

a. a.

Contributo alla cura degli edemi cronici consecutivi a traumatismi di guerra.

Edemi cronici dei piedi e delle mani possono essere perpetuati e persino provocati artificialmente.

Nondimeno edemi cronici di origine non fraudolenta consecutivi a traumi, ribelli a ogni trattamento, si presentano assai frequentemente all'osservazione del medico.

Con ottimi risultati C. Mantelli (*Giorn. di med. milit.*, agosto 1916), partendo dal concetto che la base della lesione sia in una stasi linfatica, ha ideato di drenare la linfa per mezzo di fili di seta decorrenti nel cellulare sottocutaneo, che dal territorio in stasi si portano in territori normali.

L'applicazione sottocutanea dei fili di seta si fa con aghi curvi comuni e con aghi di Réverdin. G. M.

La malattia degli edemi.

È oramai largamente documentato che i soldati che si trovano in istato di cattura presso gli imperi centrali sono sottoposti ad una alimentazione deficiente sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. Questa deficienza ha provocato e provoca nei campi di concentramento di prigionieri lo scoppio delle più gravi malattie. Ma oltre a quelle già note si son verificate altre sindromi morbose finora mai constatate e che per la loro etiologia e per la loro sintomatologia hanno una certa rassomiglianza con le forme da alimentazione insufficiente o univoca come l'avitaminosi ed il beriberi. La malattia degli edemi è una nuova ac-

quisizione della patologia, che dobbiamo alla guerra. V'ha però chi tende a considerare questa forma come dovuta ad una infezione e più specialmente ad una forma della febbre ricorrente, nella quale la speciale caratteristica sintomatologica sarebbe dovuta alla insufficienza dell'alimentazione. Così pensa un medico austriaco il quale (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1916, luglio) ha descritto alcuni casi di malattia degli edemi, da lui osservati tra i prigionieri russi. I pazienti presentavano un enorme edema diffuso a quasi tutta la superficie cutanea con versamento nelle sierose. Gli edemi di consistenza gelatinosa avevano una intensità diversa nelle varie parti del corpo, e comparivano con leggeri dolori. Il liquido estratto era incolore ed opalescente. Esistevano i segni di una intensa cachessia, ma non si aveva nessun fatto a carico degli organi interni, il cuore ed il rene non presentavano alcuna anomalia che spiegasse la comparsa dell'edema. I disturbi soggestivi erano sempre leggeri ed in ogni caso sempre sproporzionati alla gravità delle condizioni fisiche. Il reperto del sangue faceva pensare ad un processo tossi-infettivo. Per quanto nell'anamnesi dei pazienti non figurasse precedente febbre ricorrente, pure l'A. non esclude che la forma possa essere in rapporto ad una spirillosi, nella quale una peculiare predisposizione patologica dei vasi, e specialmente dei linfatici, e la cattiva alimentazione, costituirebbero elementi coadiuvanti atti a dare uno speciale carattere alla sindrome infettiva. Abbiamo ritenuto utile di fissare l'attenzione dei colleghi su questa forma morbosa. DR.

La febbre delle trincee.

Al lavoro di Mc Nec, Arundel, Renshaw e Brunt, che per primi hanno descritto sotto il nome di febbre delle trincee, una malattia con speciale curva febbrile, osservata nell'esercito inglese (*Policlinico*, 1916, pag. 785), altre osservazioni sono seguite, confermando l'esistenza di tale forma morbosa. Essa è stata descritta anche in Mesopotamia, nei Balcani, nella Volinia, ecc. (cfr. Coomes, *Lancet*, 1917, pag. 183), ed i diversi AA. sono concordi nel distinguere questa entità clinica dalle altre fin qui note, cioè dall'influenza, dai raffreddori, dagli accessi febbrili con itterizia, dalla mialgia, come pure dalla malaria, gruppo delle malattie intestinali, febbre reumatica. Nei casi tipici la diagnosi è facile per chiunque, e non è malagevole neanche nei casi atipici, per chi ne abbia veduto diversi casi.

Generalmente però il tipo osservato è quello breve, che dura una settimana circa, seguito, dopo pochi giorni, da qualche ricaduta (da una a tre), mentre non tutti riconoscono l'esistenza del tipo prolungato con diverse ricadute periodiche.

La denominazione di febbre delle trincee viene invece apertamente combattuta. J. Muir, (*British med. Journ*, 11 nov.), studiandone accuratamente l'epidemiologia, ha osservato da un lato che il numero dei casi verificatisi in una divisione toccava le cifre massime negli ultimi giorni di soggiorno in trincea; ha potuto però d'altro lato accertare che tale malattia si sviluppava anche in truppe lontane dalle trincee, quando però si trovavano esposte alle intemperie e costrette a notevoli fatiche. Resterebbe perciò da escludersi che le condizioni, inerenti alla vita di trincea e limitate all'area in cui queste si trovano, determino l'eziologia di queste febbri, mentre invece agirebbero come concause efficienti gli strapazzi e le intemperie. Il detto A. proporrebbe quindi il nome di febbre da fatica, che in verità ci sembra troppo generico; gran parte degli AA. inglesi la chiama senz'altro febbre d'origine incerta (*pirexia of uncertain origin*) o addirittura con la smania inglese d'abbreviazione P. U. O. Meglio confessare in tal modo l'ignoranza etiologica, piuttosto che applicare delle denominazioni erronee come p. es. quella d'influenza, da cui si distingue nettamente per la mancanza di sintomi catarrali delle vie respiratorie e l'assenza di complicazioni.

I sintomi subbiettivi sono quelli già citati nella precedente recensione; costanti e di notevole intensità sono i dolori tibiali, che si estendono talora ai ginocchi ed alle coscie; qualche volta però si presentano tardivamente. La presenza di fenomeni gastro-intestinali (lingua impatinata, costipazione) non è ammessa da tutti.

La malattia avrebbe origine da un agente infettivo ubiquitario, che probabilmente si trova sull'uomo (nel naso-faringe?) mentre i fattori determinanti sarebbero le condizioni esterne che diminuiscono la resistenza individuale. La trasmissione per mezzo di pidocchi è stata messa in campo, tanto che qualcuno ha anche proposto il nome di febbre da pidocchi (*lice-fever*). Alcune recenti esperienze di C. Darvis e P. Weldon (*Lancet*, 3 febb. 1917), sembrerebbero confermare questa ipotesi. Essi hanno lasciato che alcuni pidocchi succhiassero per un quarto d'ora su dei pazienti nello stadio acuto della febbre; e poi ne hanno trasportato un paio su se stessi; uno degli AA. si fece succhiare dagli stessi pidocchi anche 24 ore dopo ed in lui, circa dodici giorni dopo, si sviluppò una febbre tipica di media intensità.

Quanto al trattamento, il citato J. Muir consiglia di lasciare l'ammalato in riposo, e di rivolgere l'attenzione agli intestini, spesso ostinatamente costipati; del resto contro i dolori fenacetina, salicitato di sodio, acido acetil salicilico. Egli ha trovato utile la somministrazione di polveri così composte: acetato di morfina *mg. otto*, citrato di caffeina *cg. sei*, fenacetina *cg. cinquanta*; darne una appena l'ammalato si mette a letto ed un'altra due ore più tardi; l'accesso verrebbe quasi troncato ed i sintomi subbiettivi sarebbero di molto migliorati. FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(817) *In tema di nomenclatura cardiologica.* -- Al dott. Corletti, abb. 6600:

La parola *flutter* è di uso comune nel linguaggio inglese e viene usata per indicare una sensazione come di svolazzamento nella regione cardiaca (*fluttering of the heart*). È abbastanza frequente che un malato, esponendo al medico i suoi disturbi, usi la parola *flutter* o *fluttering*. Specialmente nei casi di tachicardia viene dai pazienti adoprata questa parola.

Dall'uso profano questo vocabolo è passato nel linguaggio medico. È una parola all'ordine del giorno. L'abbonato chiede come si potrebbe tradurre in italiano. Le parole corrispondenti del vocabolario: *ondulazione, agitazione, svolazzamento*, non soddisfano, nè riproducono il fenomeno. Secondo alcuni autori inglesi *flutter* viene fatto sinonimo di tachicardia. Il Morison per es. nel suo libro sulle aritmie (1914) a pagina 169 descrive l'*Auricular tachycardia or flutter*, che è una sindrome consistente in una polisistolia dell'orecchietta (per es. in un caso 236 sistoli) e sistolia pressochè normale del ventricolo (nel caso in parola da 72 a 120 sistoli). In questa applicazione clinica della parola *flutter* si potrebbe perciò in italiano parlare di una *polisistolia auricolare*. In sostanza *flutter* indicherebbe un semplice affrettamento delle sistoli delle orecchiette.

Ma sono sempre così i fatti? Non è il *flutter* inglese (o *flattern* tedesco) lo stesso fenomeno che la cosidetta *fibrillation* degli inglesi od il *flimmern* dei tedeschi?

Io credo che sì. Tengo diversi tracciati, nei quali appare chiaro, come il *flutter* e la *fibrillation* possono non solo presentarsi nello stesso soggetto, ma avvicendarsi nel decorso di poche battute e con piacere lessi nello stesso Morison questa frase: *the flutter has been found of times to pass in a fibrillation* (il *flutter* si è trovato talora passare nella fibrillazione). Secondo lo stesso autore il *flutter* consiste in «un movimento neuro-muscolare dell'atrio indipendentemente dal ventricolo e necessariamente anche un'azione indipendentemente dal ventricolo». Fatto curioso quest'ultimo, poichè si tratterebbe di un *automatismo ventricolare con passo normale e persino accelerato!* Noi sappiamo difatti come nel blocco del cuore, l'automatismo ventricolare ha una frequenza ventricolare assai più bassa (intorno a 30 sistoli).

Ad ogni modo io ritengo che il *flutter* sia una manifestazione affine della *fibrillation* (o *flimmern* dei tedeschi), che consiste, come si sa, in un movimento disordinato dell'orecchietta, con contrazioni incomplete, frustranee, aritmiche e senza (o con scarso) effetto idraulico. Nei tracciati questo stato di cose è dimostrato da una linea tremolante, con rialzi irregolari. La conseguenza sul ventricolo di questa fibrillazione auricolare è che il ritmo sistolico ventricolare diventa quanto di mai disordinato si può avere (*delirium cordis*), per cui qualche autore (Hering) ha voluto dare al polso di questo tipo di aritmia la non del tutto giusta denominazione di: *Pulsus irregularis perpetuus;* dico non del tutto giusta, poichè a tratti l'*aritmia perpetua* può passare in un ritmo normale.

Il *flutter* è un sintoma meno grave della *fibrillation*, perchè nel *flutter* vi è in ultima analisi una sistole auricolare, per debole che sia, e non così eccessivamente frequente come nella fibrillazione auricolare. La quale ultima anzi non provoca che movimenti oscuri, fibrillari, a gruppi muscolari (come sarebbe la fibrillazione dell'orbicolare nei neurastenici) così da aversi sino a 600 e più moti fibrillari nel minuto.

Flutter e fibrillazione costituiscono sintomi pur troppo gravi e comuni sopratutto nelle cardiopatie valvolari della mitrale. Il modesto medico pratico di Burnley (attualmente Sir James Mackenzie in Londra) ha il merito di avere bene studiato questi due sintomi.

Concludendo, quindi, *flutter* si può tradurre in italiano con *polisistolia auricolare* (meno bene *tachicardia*, o *tachisistolia auricolare*), ma forse la migliore traduzione è di usare... il vocabolo inglese! GIOVANNI GALLI.

(818) *Segno di Sergent* (*striscia bianca surrenale*). — All'abb. 8771:

Il fenomeno consiste nella comparsa di una striscia bianca, ischemica, allorchè con una punta ottusa si strisci sopra la cute. Tale manifestazione è frequente a riscontrarsi nella insufficienza surrenale, senza per altro esserne affatto caratteristica. P. C.

(819) All'abbon. n. 6699, il quale chiede l'indicazione di un libro che tratti della tubercolosi come malattia sociale, consigliamo:

G. SANARELLI, *Tubercolosi ed evoluzione sociale;* vol. di pag. 334; Milano, F.lli Treves; L. 4.

L. P.

(820) Al dott. C. G., 23ª Sezione di Sanità, 123° Reparto Someggiato, Zona di guerra:

Non rispondiamo a domande anonime. Legga l'annunzio che segue. L. P.

Malgrado i nostri ripetuti ammonimenti, continuano a pervenirci molti quesiti non firmati, ai quali non diamo esito.

Su richiesta degli abbonati, possiamo omettere il loro nome sul giornale e limitarci a contraddistinguere i quesiti con le iniziali ovvero con il numero d'abbonamento; ma è necessario che eglino ci si facciano riconoscere.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

GIUSEPPE SABATINI. *La tubercolosi nei vecchi.* (Roma, Tip. Cartiere Centrali, 1917).

Il libro, che il prof. Sabatini ha pubblicato in questi giorni, può dirsi uno dei più interessanti per gli studiosi e per i medici pratici, poichè tratta un argomento sul quale scarsa luce e molti pregiudizi ancora si stendono anche presso non modesti cultori della clinica medica.

Una disamina sufficiente di questo poderoso lavoro del Sabatini richiederebbe moltissimo spazio, poichè si può dire che ogni pagina è particolarmente degna di nota, o perchè racchiude osservazioni nuove o perchè illustra parti quasi abitualmente ignorate. Tutto il lavoro è fatto con criterio essenzialmente clinico, ed è assai conciso e sintetico, in modo che, nella notevole mole — sono 300 pagine in formato grande e con caratteri abbastanza minuti — la materia trattata diviene estesissima.

In una prima parte l'A. svolge la *statistica, l'epidemiologia* e *l'etiologia* della tubercolosi senile: si trovano quivi riassunti e sottoposti a ponderata critica, quasi tutti i lavori e i concetti finora apparsi sulla infezione tubercolare nei vecchi. Di grande interesse è la esposizione dei momenti etiologici determinanti la tubercolosi nell'età avanzata, e il valore che per ciò hanno le modificazioni locali e generali dell'organismo umano colpito da quello speciale fattore che è l'*invecchiamento.* Le sorgenti di infezione acquistano anch'esse nei vecchi importanza particolare.

La seconda parte del libro — ed è la più estesa — tratta la *patologia* e la *clinica* della tubercolosi senile.

In un primo capitolo l'A. espone i concetti anatomo-clinici generali della tubercolosi nei vecchi, sulla base di uno straordinariamente ricco materiale di osservazioni proprie, studiate al completo: quindi in altrettanti singoli capitoli — di varia mole — tratta assai bene ed in maniera esauriente: la *tubercolosi polmonare nei vecchi* — distinta in altrettanti paragrafi riguardanti l'anatomia patologica, la sintomatologia, le forme cliniche, le complicazioni, la diagnosi, il decorso, la prognosi e la terapia —; la *tubercolosi delle sierose nei vecchi* (pericardite, pleurite, peritonite, meningite, reumatismo tubercolare cronico deformante); la *tubercolosi ossea,* la *tubercolosi intestinale,* la *tubercolosi epatica* e le più *rare localizzazioni della tubercolosi nei vecchi.*

Ciascuno di questi capisaldi è esposto in maniera addirittura completa, chiara, con metodo clinico, pratico e moderno, pur rimanendo — ciò che del resto è ripetuto ad ogni passo nel libro — l'A. strettamente nei confini, in modo da risultare per ogni singola localizzazione bacillare un quadro clinico finito, e spesso caratteristico ed assai lontano da quello corrispondente conosciuto per le altre età. Ed è proprio per ciò che la tubercolosi senile resta così sovente misconosciuta dal medico ed insospettata dall'infermo e dalla famiglia, quindi passando indiagnosticata con una frequenza impressionante, sì da formare una sorgente di infezione che, per non essere presa di mira, giunge *allo sconfortante risultato di frustrare non piccola parte di tutta la lotta antitubercolare!*

Quest'ultimo concetto appunto, cioè il valore sociale della tubercolosi senile, è meravigliosamente trattato nelle ultime pagine del lavoro del Sabatini, la cui lettura lascia in ultimo sotto una profonda impressione, e rende più interessati allo studio di questa difficile e poco nota pagina di medicina, che *per la prima volta* appare così raccolta in un'opera originale, completa, profonda, poderosa, continuamente *istruttiva* per tutti, quale è appunto questa del Sabatini.

Nè mancano al lavoro altri pregi non sempre secondari: la divisione della materia è indovinata, la successione dei capitoli naturale e chiara, lo stile facile, preciso, assai puro; particolarmente curata anche la veste tipografica.

S. A.

Pubblicheremo prossimamente:

A. ASCARELLI. *Contributo alla tecnica degli apparecchi gessati per le fratture esposte ed infette degli arti;*

V. CALÒ. *I feriti d'arma da fuoco degli arti;*

G. PISANÒ. *Su la possibilità di interventi immediati sul campo nelle ferite di guerra e risultati ottenuti.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI PARLAMENTARI.

Ufficiali medici idonei ai servizi di seconda e terza linea.

Ad una interrogazione dell'on. Lombardi il ministro della guerra ha così risposto:

« Per gli ufficiali medici, come per ogni altro ufficiale, vale il principio fondamentale d'avanzamento nell'Esercito, per cui non può essere conseguita la promozione quando manchi l'idoneità fisica occorrente per il disimpegno delle funzioni del grado superiore in tutti gli impieghi comportati dalla categoria alla quale l'ufficiale appartiene. L'unica deroga, di carattere eccezionale, è stata fatta, per considerazioni d'evidente valore morale, a favore degli ufficiali feriti, che sono ammessi alla promozione al solo grado superiore, e non si è ritenuto di estenderla agli ufficiali ammalati, anche se la malattia sia dichiarata dipendente dal servizio prestato alla fronte, dato che l'accertamento delle cause d'una malattia manca generalmente di quel valore oggettivo ed evidente che solo può moralmente giustificare un trattamento così singolare e non consono al logico fondamento delle norme sull'avanzamento.

« Tuttavia, giova osservare che, a tenore di recenti disposizioni, per l'ufficiale che temporaneamente non possegga la richiesta idoneità fisica, le Commissioni d'avanzamento devono sospendere ogni giudizio fino ad un anno dopo la data in cui all'ufficiale dovrebbe spettare la promozione a turno. Soltanto in tale momento, se le condizioni fisiche dell'ufficiale non sono diventate normali, deve aver luogo la dichiarazione di inidoneità.

« E giova altresì notare che l'ufficiale, in menomate condizioni fisiche per cause imputabili al servizio, il quale, trascorso l'anno, sia dichiarato ancora non idoneo e più tardi guarisca e diventi idoneo, ha diritto a ricuperare un anno dell'anzianità perduta, a contare dal giorno in cui gli sarebbe spettata la promozione a turno.

« Queste disposizioni, come si vede, stabiliscono in sostanza una semplice sospensione dell'avanzamento per gli ufficiali di cui si interessa l'onorevole interrogante, non una esclusione ».

Indennità di caro-viveri ai sanitari comunali.

Ad una interrogazione dell'on. Brunelli al ministro dell'interno il sottosegretario on. Bonicelli ha così risposto:

« In ordine alla concessione di indennità di caroviveri al personale delle Amministrazioni degli Enti locali, con nuova circolare del 30 dicembre 1916 non solo furono confermate le istruzioni date ai Prefetti con la circolare del 23 ottobre u. s., ma venne altresì segnalata ai medesimi l'opportunità di richiamare l'attenzione delle dipendenti amministrazioni sulla fondatezza dei provvedimenti invocati dal personale per la concessione di una indennità di caroviveri.

« Non risulta al Ministero che in seguito a tali istruzioni sia stata da alcun Prefetto rifiutata l'approvazione di deliberazioni di enti locali concedenti indennità di caroviveri ai loro impiegati. Quanto poi ai sanitari condotti, si osserva che essi sono compresi tra gli impiegati comunali, e quindi godono di quelle medesime indennità di caroviveri che le Amministrazioni intendono accordare ai proprii impiegati, e per cui il Ministero, con la richiamata circolare, ha fatto speciali incitamenti.

« Non sembra, pertanto, che vi sia ragione di stabilire a loro favore un trattamento diverso — che ripugnerebbe al principio di equità, qualora fosse più vantaggioso — imponendo alle Amministrazioni di devolvere ad essi le somme stanziate in bilancio per le supplenze dei medici durante i loro congedi ordinari, e che, per effetto della sospensione di tali congedi, restino disponibili ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6798) *Ufficiale sanitario. - Aspettativa.* — Dott. abbonato 2882. — Per l'ufficiale sanitario non è prevista la posizione di aspettativa, cui, pei medici condotti, accenna all'articolo 27 del regolamento generale sanitario. L'articolo 82 di detto regolamento fa menzione solo del congedo, ordinario e per causa di malattia, ma non dell'aspettativa.

(6799) *Pensioni.* — Dott. G. C. da R. B. — La legge sulla Cassa di Previdenza del 2 dicembre 1909 fu pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del giorno 14 dello stesso mese. Essa andò, quindi, in vigore 15 giorni dopo tale ultima data e, cioè, nel giorno 29 del ripetuto dicembre. Tuttocchè Ella abbia aderito alla Cassa nei primi giorni di dicembre, di tale legge deve e può giovarsi pel riscatto degli anni di servizio anteriormente prestati. Per effetto dello articolo 28 di essa ai medici condotti che aderirono alla Cassa prima del 2 dicembre 1909 fu concesso il diritto di riscattare 15 anni di servizio prestati anteriormente al 1° gennaio 1899. Ella può, pertanto, liberamente riscattare i quattro anni di servizio prestati in condotta dal 1891 al 1894. Non può riscattare il sessennio di servizio prestato come ufficiale sanitario perchè, percependo l'annuo assegno di sole lire 200, l'iscrizione era, a suo tempo, semplicemente facoltativa. Non può del pari riscattare gli anni di servizio dal 1900 al 1909 perchè prestati dopo il 1° gennaio 1899, e ciò contrariamente al disposto del precitato articolo 28 della legge.

(6801) *Tassa di bollo sulle quietanze di pagamento. - Competenza.* — Dott. A. S. da S. G. I. — Che la tassa di bollo per la quietanza di pagamento dei mandati ai medici condotti debba cadere sul percipiente discende dal fatto che è costui che deve, con la propria firma, attestare che l'amministrazione comunale l'ha pagato. È naturale che chi è chiamato ad apporre la firma paghi le tasse concomitanti od inerenti alla apposizione di essa.

(6802) *Esonero dal servizio militare. - Trattamento economico.* — Dott. C. A. da S. Z. al P. — L'esonero concesso quando Ella prestava servizio in tre Comuni, di cui due consorziati, viene naturalmente a cessare quando Ella, dimessosi in uno di essi, rimanga a prestar servizio solamente negli altri due, nei quali, per giunta, non è effettivo ma semplice interino a scavalco. Occorre ottenerlo di nuovo. All'uopo il Presidente del Consorzio deve far domanda al Prefetto della Provincia dimostrando i motivi per cui ritenga l'opera sua indispensabile ed insostituibile nell'interesse della assistenza sanitaria civile. Nessuna disposizione di legge o di regolamento obbliga il medico dimissionario o dimissionato a rimanere sul posto per l'intera durata della guerra. Però con Decreto Luogotenenziale del 22 agosto 1915, n. 1311 fu data facoltà al Prefetto di requisire i medici per provvederne i Comuni che eventualmente ne fossero privi. Non è, quindi, da ritenere improbabile che al medico dimissionato o dimissionario fosse impedito dal Prefetto di abbandonare la propria residenza per seguitare, nella nuova qualità di requisito, il suo ufficio di cura e di assistenza alla popolazione civile. Il medico condotto esonerato come tale, che si facesse chiamare sotto le armi, non può essere considerato come volontario e, quindi, godere dei vantaggi che le vigenti leggi accordano a coloro che volontariamente si arruolano nel R. Esercito, ma può essere dichiarato dimissionario giacchè egli non avrebbe potuto lasciare un servizio pel quale le autorità competenti ritennero necessaria ed indispensabile la di lui opera. Per richiamare il proprio medico alla osservanza della disposizione di capitolato che impone la residenza ed il domicilio nel territorio comunale e propriamente nel Capoluogo non può il Comune trattenere lo stipendio fino a che il medico stesso non si sia uniformato all'obbligo contratto. Però il Comune può imporre al medico in parola, con le dovute formalità legali, la sospensione dallo stipendio o dall'ufficio a mente del disposto dell'art. 41 del regolamento generale.

Il Comune non può esimersi dal corrispondere la differenza fra lo stipendio civile e quello militare al proprio medico condotto chiamato sotto le armi, pur constatandogli che questi durante il servizio militare e nelle ore libere dedicava la sua attività professionale in un Ospedale civile, ritraendone tenui compensi.

In ogni caso sarebbe spettato all'autorità militare reprimere l'abuso se il fatto avesse eventualmente potuto nuocere al normale andamento del servizio militare. Qualora il Comune si ostinasse a non corrisponderle la differenza che Le è dovuta, può ben chiamarlo in giudizio dinanzi autorità giudiziaria, competente per territorio e materia.

Doctor Justitia.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 6203:

Data la sua anzianità e la permanenza in zona di guerra, se il collega è proposto alla promozione può subito ottenerla. Con la promozione non avvengono ora trasferimenti di arma, quindi è inutile far domande.

All'abb. n. 8661:

Non è possibile prevedere tale promozione, inquantochè essa deve essere preceduta da quella degli effettivi di pari anzianità.

E tale promozione degli effettivi (che attualmente raggiunge, pel grado di capitano, il 10 novembre 1915) non è prevedibile ancora in quale epoca potrà essere continuata, dato l'organico attuale.

Al dott. A. M., Zona di Guerra:

La circolare n. 734 del G. M. 1916, prescrive i titoli che tassativamente debbano possedersi per aspirare ai varii gradi nel corpo della sanità militare. Non sono quindi ammesse altre considerazioni. Del resto la indipendenza tecnica che il collega ritiene annessa al grado di capitano, nulla osta che egli la abbia anche con quello di tenente. E' questione di buon senso da parte dei superiori che egli incontrerà nel suo servizio.

All'abb. n. 8682:

Il collega può far domanda di venir trasferito in Zona territoriale, data la classe alla quale appartiene. Circa l'indennità ci riferiamo a quanto abbiamo precedentemente più volte detto. M. G.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Una visita all'Esposizione della protesi a Bologna.

Ai medici che hanno occasione di recarsi entro aprile a Bologna raccomando di visitare la Mostra Nazionale della Protesi nella Galleria Comi, in via Foscherari, presso il Pavaglione.

Ne rimarranno soddisfatti per ciò che di nuovo potranno acquisire alla loro coltura in tale materia di non comune conoscenza; saranno anche orgogliosi di constatare che anche in questo ramo di produzione nazionale l'Italia non ha nulla da invidiare all'estero.

Alla Mostra, indetta dal benemerito Istituto Ortopedico Rizzoli, hanno preso parte, oltre le più note Ditte produttrici di apparecchi ortopedici, anche inventori e costruttori che per la prima volta si affacciano a studiare con impronta personale il difficile e complesso argomento della protesi per i mutilati.

Ciò fa sperare che taluni tentativi geniali, ma ancora imperfettamente applicati, specie nel campo della protesi cinematica, siano il germe di più fecondi studi e di più utili e pratiche applicazioni, degne del genio italico e della nostra tradizione artistica; poichè arte ci vuole, e non da dozzina, per imitare l'umana natura, nobilitata sì «che il suo Fattore non disdegnò di farsi sua fattura».

Oltre ai riparti riguardanti le protesi degli arti vi è una mostra molto bene ordinata ed altrettanto interessante relativa alla protesi dentaria e alla plastica facciale, fatta a cura di alcuni centri stomatologici della Sanità Militare.

Vi è però una piccola lacuna in questa mostra; manca cioè la protesi oculare; il che vuol dire che noi difettiamo nella fabbricazione di occhi artificiali. Infatti, per quel che io mi sappia, all'infuori di qualche fabbricante isolato, come il Rubbi di Venezia, l'Italia non ha produzione propria; mentre con le nostre industrie del vetro in cui si è raggiunto il più alto grado di perfezione dal punto di vista artistico, specialmente per ciò che riguarda la coloritura dei vetri, si potrebbe e si dovrebbe fare molto di più, emancipandosi anche per questa parte dall'industria straniera.

La brevità dello spazio non mi consente di fare un'illustrazione metodica delle singole mostre presentate dalle varie Ditte; tra le quali segnalo per importanza la Ditta Redini di Pisa che ha presentato anche due modelli di arti per amputazione cinematica col sistema Vanghetti; le Ditte Brighenti di Bologna, Pasciutti di Bologna, Bernardin di Valdarno, Vianello di Venezia, Jannetti di Torino, Mele di Napoli, Salvati e Bonelli di Napoli, Orlandini di Pistoia.

Al visitatore non molto edotto della materia conviene prima di tutto di fermarsi nel reparto dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, ove troverà una esposizione di tutti i materiali destinati alla fabbricazione degli arti artificiali, e un campionario molto bene ordinato delle varie forme assunte dai modelli man mano che dall'informe tronco legnoso vengono trasformandosi in un arto squisitamente modellato. L'osservazione attenta dei vari campioni è oltremodo istruttiva e vale molto di più che non la lettura di un qualunque libro del genere e certamente più di una fugace visita ad una officina ortopedica.

In detto riparto sono esposti i campioni del legno che l'officina dell'Istituto Rizzoli adopera: tiglio, ontano, salice e legno americano (english willow), saggiati nella loro resistenza alla compressione, alla rottura, al conficcamento, provati nelle loro qualità adesive; e così pure i vari metalli impiegati: ferro omogeneo, bronzo fosforato fuso, metallo delta. Tutte le prove dei materiali sono fatte con rigore scientifico dalla R. Scuola d'applicazione degli ingegneri di Bologna.

Dopo il legno e il metallo viene il cuoio, elastico come gomma, soffice, plasmabile come un tessuto, in modo che possa servire bene a rivestire alcune parti della protesi del legno.

Si vedono disposte in serie le varie forme di passaggio della protesi estetica; si comincia col primo abbozzo tratto dal legno informe, poi colla svuotatura del cosciale e del gambale, con la riunione in colla delle due valve, con la modellatura presa da calchi in gesso, con i dispositivi per i movimenti articolari, e si finisce agli apparecchi completi, levigati, lucidati, che sono un vero modello di eleganza, di bellezza, di forma.

In questi apparecchi dell'Istituto Rizzoli si vede il concorso dell' artista, dell' ingegnere, e del medico; vi è un senso delicato della linea, una perfetta armonia della forma, una modellazione così squisita che sembra quasi attenuata con l'amore dell'arte la materialità della sostanza inerte. Vien fatto di dire: peccato che queste gambe, queste braccia, non possano avere il soffio della vita!

Vi sono modelli raffiguranti sezioni verticali di apparecchi per arti inferiori, da cui si vede la disposizione interna delle varie parti costitutive, e specie delle cerniere metalliche. Vengono poi le parti accessorie degli apparecchi: cinture, bretelle di sostegno, lacciuoli, cerniere, caviglie, cosciali, manicotti, gambali, dita, guanti.

Esaminati gli elementi cositutivi, si passa ai vari tipi di modelli completi; dagli apparecchi di protesi provvisoria, dai piloni rigidi e articolati, alle protesi di gamba nei vari livelli (3° superiore, 3° medio e 3° inferiore), con appoggio sul ginocchio, per amputati di coscia, per disarticolati dell'anca con la cintura del bacino; scarpe ortopediche per piede equino, per piede piatto, per amputazione dell'avampiede.

Vi sono poi i modelli di protesi cinematica, con dispositivi per il movimento articolare del ginocchio; un modello (Delitala) di protesi cinematica per amputazione della mano; una mano prensile automatica (ideata dai fratelli Gelli) messa in azione da una corda metallica tesa mediante avvicinamento del braccio al torace; apparecchi con compensi metallici a vite; un buon apparecchio per paralisi del nervo radiale, ecc.

Oltre la protesi estetica e meccanica è ben rappresentata, in questa mostra dell'Istituto Rizzoli, anche la protesi da lavoro: braccia artificiali cui vanno innestati vari tipi di pinze, ganci ed attacchi diversi.

Ma sotto questo riguardo devo segnalare prima fra le altre la mostra del Laboratorio della Croce Rossa di Pescia diretto dal dott. Gusmitta.

Oltre al presentare forti ed eleganti apparecchi, fra cui un modello di braccio in legno e cuoio indurito con il quale si ottiene, mediante la pressione del gomito sul torace, il movimento di prensione della mano o di qualunque pinza a scopo lavorativo, il Laboratorio di Pescia espone una numerosa serie di apparecchi e di arnesi da lavoro da innestarsi alle braccia operaie sopratutto per i lavori agricoli, di giardinaggio e affini.

Un'altra mostra del genere, non però specializzata per i lavori campestri, è quella della Casa di Rieducazione professionale per gli invalidi di guerra di Bologna diretta con vero intelletto d'amore dall'ing. Zucchini; vi si osservano molti oggetti ed apparecchi necessari al mutilato per i comuni bisogni della vita: portapiatto permanente, reggivivande, coltello-forchetta, fermacarte per la scrittura a mano, tempera-lapis con supporto al tavolo, rasoio di sicurezza, cinghia con due scatolette semisferiche, porta-utensili per tornitori mutilati di un arto superiore, ordegni per intrecciare vimini, per lavori da calzolai, ecc.

Un'altra mostra che richiama subito l'attenzione dei visitatori è quella dell'Istituto Rizzoli fuori concorso. Anche questa officina offre ciò che di meglio si può desiderare in fatto di apparecchi di

protesi: rispetto della forma, eleganza di linea, accuratezza di lavorazione; essa adotta a prevalenza la fibra nella costruzione degli arti, invece del legno di cui fa uso il Rizzoli (sistema americano), invece del cuoio e acciaio (sistema francese).

È quindi una cosa tutta italiana, l'adozione della fibra. Naturalmente gli arti sono leggeri, bene modellati, perchè la fibra prima di essere resa indeformabile si adatta bene ai modelli di cui ritrae la forma, non assorbe le secrezioni e non s'insudicia tanto facilmente come il legno. Ha poi il gran pregio del minor costo, non disprezzabile quando si pensi che il migliore degli apparecchi di protesi, se usato continuamente, non può avere che quattro o cinque anni di vita.

Anche l'officina Nazionale di Gorla Primo (Milano), grandioso istituto per la rieducazione dei mutilati sorto da pochi mesi e diretto, al pari dell'Istituto dei rachitici, dal prof. Galeazzi, produce ottimi apparecchi in legno e fibra, fornita questa dalla Società «La fibra vulcanizzata» di Monza.

Dallo stesso prof. Galeazzi sono esposti due apparecchi molto ingegnosi detti ergografi, che non solo hanno lo scopo di misurare gli spostamenti angolari dei monconi nelle varie direzioni dello spazio (dispositivo Magistretti), ma servono nello stesso tempo per allenare i monconi del braccio e dell'avambraccio ai vari movimenti; ciò che ha grande importanza per la migliore utilizzazione dei monconi nella rieducazione professionale dei mutilati e per la più rapida applicazione dell'apparecchio protetico definitivo.

Sul principio appunto dell'utilizzazione dei movimenti residuati nel moncone è fondato un altro grazioso ed ingegnoso apparecchio di protesi: la mano prensile ideata dal prof. Pedrazzoli, medico capo delle ferrovie dello Stato a Milano, e costruita dall'officina dell'Istituto dei Rachitici.

Mediante quest' apparecchio, che ha il gran pregio della semplicità, il mutilato, dal 3° medio dell'avambraccio in giù, trasmette i movimenti volontari di pronazione e di supinazione dell'antibraccio all'apparecchio, che li trasforma in movimenti di flessione e di avvicinamento del pollice, indice e medio; egli può quindi compiere colla mano artificiale un movimento di presa sufficiente per scrivere, per afferrare un bicchiere, per levarsi il cappello, per sostenere un qualsiasi oggetto di piccola mole.

A differenza delle altre mani prensili esposte in questa nostra, le quali in genere sono azionate da corde metalliche tese mediante contrazioni muscolari prodotte a notevole distanza dall'estremità prensile, la mano del prof. Pedrazzoli ha il vantaggio di utilizzare le energie muscolari più vicine all'apparecchio, in modo da accorciare il più possibile la distanza, a tutto beneficio dello sforzo iniziale, tra il punto ove origina il movimento volontario e il punto ove questo si estrinseca nell'apparecchio ed ha anche il vantaggio di giovare con i movimenti volontari dei muscoli residui, al trofismo del moncone.

Non potrei chiudere questa rapida rassegna senza accennare agli apparecchi brevettati I. M. P. esposti dal dott. Zumaglini e dall'ing. Guidi di Torino. Gli arti sono costruiti in fibra e le articolazioni in metallo fuso. Semplici, ben lavorati, leggeri, facilmente scomponibili e ricambiabili nei loro pezzi che sono più facili a deteriorarsi, questi apparecchi rappresentano un vero progresso nella produzione ortopedica. Le articolazioni sono state bene studiate; i movimenti del ginocchio e della caviglia sono resi presso che normali. Anche questa Ditta presenta un braccio con gomito a flessione automatica, una mano prensile con avvicinamento automatico delle 4 dita della mano (in gomma piena) contro il pollice, oltre a braccia operaie di vari tipi, ed arnesi vari da innestarsi alle medesime.

Apparecchi ben costruiti, leggeri, sono anche quelli esposti dall'Ospedale Militare per i mutilati di guerra di Villa Mirafiori di Roma e dall'Istituto di Villa Corradini di Livorno.

Il dott. Isnardi di Vercelli ha egli pure studiato una mano prensile messa in azione flettendo l'avambraccio sul braccio.

Meritano inoltre attenzione uno studio per una mano prensile pneumatica di Magazzari di Bologna, un ortogoniometro di Lanzarini Zurla di Bologna, pinze varie, dita prensili, strumenti ed utensili che servono a facilitare l'apprendimento del mestiere ai soldati ciechi, apparecchi per fisioterapia, sedie meccaniche per mutilati, ecc.

In riassunto si può dire che l'Esposizione delle protesi a Bologna non solo ha raggiunto lo scopo di dimostrare il notevole progresso dell'industria nazionale in questo ramo di produzione, ma è servita a provocare un più largo consenso ed interessamento del pubblico e del ceto sanitario a questioni di alta importanza sociale, che erano state per il passato confinate nel campo dell'industria e della speculazione.

Dott. G. RECCHI.

NOTIZIE DIVERSE

Per la disciplina dei consumi.

A cura del Ministero è in corso di pubblicazione un Numero Unico, compilato dalla Commissione Centrale della Federazione tra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica, dal titolo: *Consigli al Popolo intorno al miglior modo di alimentarsi.* La tiratura di 150,000 copie ne permetterà la massima diffusione in tutti i Comuni del Regno, in ciascuno dei quali verranno inviate copie al sindaco, all'ufficiale sanitario, ai medici condotti, veterinari, farmacisti, maestri, alle organizzazioni, ecc.

La Tipografia Editrice inoltre manterrà la composizione per qualche tempo a disposizione di Enti, Associazioni, Comitati, ecc. che volessero acquistarne copie al prezzo di lire 29 il mille

Le richieste a mezzo di cartolina-vaglia debbono essere indirizzate al segretario della Federazione, che ne curerà la sollecita evasione.

Aderendo all'invito della Federazione, sono state tenute conferenze di propoganda da numerosi ufficiali sanitari di grandi e piccoli centri. Sono segnalate le seguenti: del dott. F. Marinelli a Torremaggiore (Foggia), del dott. F. Dierne a Vittoria (Siracusa), del dott. E. Cingolani a Vergato (Bologna), del dott. G. Tavani a Fermo, del dottor V. Muccio a Modica (Siracusa), ecc.

La Presidenza dell'Ordine dei Medici di Modena, facente parte del Comitato provinciale di propaganda per la disciplina dei consumi, ha, per mezzo di una circolare, raccomandato agli iscritti di esplicare la loro attività per consigliare l'economia dei consumi in genere, la sobrietà della alimentazione in ispecie.

Generosa elargizione.

L'on. prof. Queirolo ha inviata giorni or sono al presidente del Comitato Pisano di Preparazione e Mobilitazione civile la seguente lettera:

«Per l'opera da me prestata ai nostri soldati ammalati mi furono corrisposte in questi giorni lire 8000.

E' intendimento mio e della mia Signora di erogare questa somma alle famiglie bisognose il cui capo abbia fatto sacrificio della vita alla santa causa della Patria.

Abbiamo comperate dodici cartelle del Prestito Nazionale di lire 500 ciascuna, che le trasmetteremo con preghiera di destinarle alle 12 famiglie pisane, il cui capo sia morto in guerra e che siano maggiormente bisognose ed abbiano maggior numero di orfani.

Altre lire 1000 le trasmetteremo perchè siano distribuite, a giudizio del comitato, ad altre famiglie bisognose che abbiano pure perduto in guerra il loro capo.

Il residuo della somma distribuiremo agli Istituti cittadini che accolgono bambini di militari combattenti.

Gradisca i miei distinti ossequi e mi abbia

devot.mo suo

Pisa, 3 aprile 1917. Prof. QUEIROLO».

Plaudiamo all'atto generoso, ispirato ad un alto senso patriottico, e lo additiamo ad esempio.

Premiazione di dame infermiere della Croce Rossa.

A Reggio Emilia sono state con solenne cerimonia consegnate le medaglie di benemerenza alle dame infermiere della Croce Rossa.

A Genova nella gran sala dell'Ospedale territoriale della Crose Rossa, S. A. R. la duchessa Isabella di Genova ha consegnato alle dame infermiere le medaglie di benemerenza per compiuto anno di servizio.

«Gli ufficiali medici della zona militare di Merg (Cirenaica) partecipano con profondo dolore alla famiglia sanitaria italiana la morte immatura del tenente dott. GENNARO SCIOLI, spentosi per violentissimo morbo nell'adempimento del proprio dovere il 23 febbraio 1917».

In memoria:

Il tenente medico dott. Gennaro Scioli, da Castel Frentano (Chieti), non aveva che 29 anni; si era laureato a Napoli nel 1913 ed era prossimo alla sua promozione a capitano in servizio permanente.

Per le speciali contingenze nelle quali si contagiò del morbo che Lo condusse alla fine compianta, Egli può mettersi degnamente e gloriosamente a lato di Coloro che cadono per il nostro ideale di Umanità sotto la mitraglia nemica.

I capi indigeni vollero spontaneamente seguirne la salma al Cimitero cristiano di Merg; il loro inchino riverente dinanzi alla bara di Chi morì tra essi e per essi, degnamente italiano e degnamente medico, è testimonianza altissima dell'opera e valore del povero amico.

Gli furono rese le onoranze solenni che sono diritto dei caduti sui campi di battaglia.

Ricordiamo il Suo nome tra quelli che fanno santa e nobile la professione di medico! E sia onore a Lui che in servizio dell'Umanità e della Patria seppe dare, con piena e serena coscienza del pericolo affrontato, la vita giovine!

Alla madre, al padre, ai fratelli lontani, resti il conforto di pensare che Egli è caduto da eroe.

UMBERTO FOLENA

Merg, febbraio 1917. *capitano medico.*

Indice alfabetico per materie.

Roma. 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*
(32)

Anno XXIV. Roma, 22 aprile 1917 Fasc. 17.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

QUESTIONI D'ATTUALITÀ.

POSTO DI MEDICAZIONE X - ZONA DI GUERRA.

Dott. GIUSEPPE PISANÒ, capitano medico.

Su la possibilità di interventi immediati sul campo, nelle ferite di guerra, e risultati ottenuti. (1)

Dall'inizio della guerra europea ad oggi si è assistito alla trasformazione, spesso radicale, di molte idee, di molti indirizzi, nel campo tattico, strategico e logistico, in adattamento alle mutate condizioni belliche.

Però uno dei servizi che ben poche o quasi nessuna modificazione ha subito, è il servizio sanitario.

Esso resta nel suo complesso quale fu ideato ed organizzato per guerre di altri tempi. Non intendo affermare che non risponda alla missione cui è destinato. Superate le prime inevitabili oscillazioni ed incertezze, ha dato tutto quello che gli si domandava, mercè lo zelo e l'abnegazione dei sanitarii tutti, dirigenti e dipendenti, e ne fanno fede i buoni risultati conseguiti anche fra difficoltà di ogni genere.

Pur tuttavia non sempre si sono avuti in esso gli adattamenti e le modificazioni suggerite

(1) Questo lavoro è pervenuto in redazione il 2 gennaio 1917; non abbiamo pututo pubblicarlo prima per deficienza di spazio.

dalle circostanze, o si sono avute in modo stentato ed imperfetto sì che dall'insieme dei risultati si ha l'impressione che, se essi furono e sono buoni, con qualche miglioramento, avrebbero potuto essere ottimi.

Ma, piuttosto che fare critica demolitiva, mi propongo, da un raffronto fra i sistemi già in uso e quelli alquanto modificati, quali sarebbero nelle aspirazioni di molti e quali sono già in attuazione presso altre nazioni, di trarre quelle conclusioni pratiche che, in definitiva, sono le più utili. A ciò sono confortato oltre che dalle numerose osservazioni pubblicate da tanti colleghi, dalla mia piccola esperienza personale che comprende molti mesi di lavoro, dall'inizio della guerra ad oggi, in un ospedaletto da campo prima e poi in un reggimento di fanteria.

Sono così in grado di corredare le mie osservazioni e le mie conclusioni con una serie di dati di fatto e con una ormai numerosissima casistica.

Premetterò intanto che un gran passo in avanti è stato fato con la utilizzazione di ambulanze chirurgiche specializzate per la operazione rapida di feriti al cranio e all'addome.

A parte la discussione sulla possibilità pratica di una cura operatoria nelle ambulanze, ad *immediata vicinanza delle linee del fuoco*, (ciò che si deve escludere per la natura stessa della guerra che ne impedisce l'attuazione), resta sempre il concetto veramente utile e sommamente fecondo di risultati, della istituzione di appositi ambienti con professionisti specializzati per le operazioni cavitarie, con materiale e personale adatto, dove il ferito, con rapidi mezzi, può essere trasportato in breve tempo e per conseguenza nelle migliori condizioni per trarre dall'atto operativo tutto il vantaggio possibile.

È già un gran passo, ma non è tutto.

Così si provvede ad una serie di traumatismi interessanti organi ed apparati molto delicati, si provvede a diminuire la percentuale elevata dei decessi nelle ferite cavitarie, e sta bene: ma la mortalità per ferite, e, a parte la mortalità, le complicazioni, gli esiti difettosi, sono forse da riferire soltanto alle ferite delle cavità? esiste tutta una lunga serie di ferite, degli arti, del tronco, a volte gravi, a volta in apparenza lievi, e che dànno in seguito, per successive complicazioni suppurative, cicatrizzazioni oltremodo lesive della funzionalità: eppure son ferite, nella massima parte delle quali un intervento precoce, limitando o eliminando addirittura l'insorgere di una suppurazione, avrebbe dato i migliori risultati.

La pulizia accurata delle ferite, l'estrazione dei proiettili e dei corpi estranei, gli sbrigliamenti, le allacciature, le regolarizzazioni dei focolai di frattura, ecc., sono tutti piccoli atti operativi praticati di regola negli ospedaletti.

È già tardi.

Non mi si dica che, dati i mezzi rapidi di locomozione, il trasporto dei feriti negli ospedaletti avviene in tempo brevissimo, tanto più che tali stabilimenti sanitarii sono scaglionati a breve distanza dalla linea: non mi si dica che in tal modo la cura e medicazione definitiva delle ferite può essere attuata in modo compiuto poco dopo il trauma e quindi in tempo utile per evitare la maggior parte delle complicanze e per assicurare una buona guarigione.

Praticamente ciò è insufficiente, e risulta con facile evidenza a chi abbia portato, negli ospedaletti avanzati, la sua attenzione sulla difficoltà grandissima di evitare le più gravi infezioni chirurgiche e specie le suppurazoni estese, ostinate, ribelli, che mettono a dura prova la pazienza del chirurgo ed in pericolo la vita del ferito, a chi ricordi la impossibilità di rintracciare nella maggior parte dei casi i proiettili ed i corpi estranei senza l'aiuto dei raggi X.

Molti (Marquis, Leriche, Sforza, Rossi, Piqué, Quenu, Delay, Lucas-Championnière, Fiolle, Hertz-Bayer ed altri) insistono sui vantaggi di una cura immediata delle ferite.

Si tenga presente che nei traumatismi di guerra le medicature vanno fatte: 1° il più precocemente possibile; 2° in modo compiuto.

È concetto generale che la ferita richieda una immediata protezione, però *comunque fatta, con qualsiasi mezzo* possibilmente asettico, pur di assicurare il trasporto all'ospedale più vicino ove si può fare una medicatura più esatta. In pratica molti ospedaletti, per la iniziativa di volonterosi, si sono trasformati in vere e proprie piccole cliniche ove sono stati tentati, e con successo, i più arditi atti operativi evitando così ulteriori trasporti in luoghi di cura più arretrati.

Però spesso si deve lottare contro l'insorgere di complicanze gravi, seriamente minaccianti la vita del ferito o il decorso della ferita: vasti flemmoni necrotici, gangrene umide o gassose ecc., e si è costretti a procedere ad estesi atti demolitivi.

Si pensi che ciò si sarebbe potuto evitare o quanto meno limitare, qualora nella prima medicatura delle ferite, invece di appagarsi di una superficiale pulizia e del bendaggio, si fosse proceduto ad una completa rimozione di tutti i corpi estranei, compresi i frammenti

ossei completamente staccati e i proiettili (che si asportano con grandissima facilità a breve distanza dal trauma), si fosse proceduto ad un sistematico sbrigliamento, specie delle ferite da artiglieria, bombarde, bombe a mano; allo svuotamento degli ematomi, alla diligente allacciatura dei vasi sanguinanti; alla asportazione, mediante regolare atto operativo, dei monconi di arti distrutti, schiacciati, definitivamente compromessi.

L'accontentarsi di una superficiale medicatura è opera antichirurgica. Meglio non fare alcuna medicatura piuttosto che farla incompleta: ripeterò qui la domanda che altri si son fatta a proposito degli interventi cavitarii: esiste forse una chirurgia di guerra con principii diversi da quella dei tempi ordinari?

A coloro che hanno la costante preoccupazione di fare, comunque sia, una medicatura ai feriti, subito dopo il trauma, dirò invece che la cosa più importante è che le prime medicature siano fatte in modo definitivo, siano tali da permettere al ferito, senza alcun pericolo di complicazioni, di percorrere anche lunghe distanze pur non essendo rimedicato.

Attualmente invece che cosa avviene? Il ferito, affrettatamente medicato dal caporale aiutante di Sanità o da un compagno, sul posto, è di nuovo medicato al posto avanzato, e non certo con garenzie maggiori di asepsi, ancora una volta al posto centrale, su per giù come sopra e, se riesce a sfuggire alla Sez. di Sanità, in ultimo all'ospedaletto dove finalmente viene praticata una più o meno completa e definitiva medicatura.

Cinque medicature in meno di 24 ore! ed in quali condizioni!

Non è chi non veda tutta la illogicità di simile trattamento che si compendia in due risultati: sperpero di materiali di medicatura, e aumento delle cause di infezione. Molto si è tentato di fare per evitare tutte queste manipolazioni successive delle ferite: praticamente però è impossibile, perchè nei numerosi successivi passaggi ogni medico vuol rendersi conto dello stato della medicatura e della lesione, ed ecco sorgere l'inconveniente indicato, ma d'altra parte come astenersi da questo esame?

Bisogna piuttosto diminuire le stazioni, per così dire, e questo si può ottenere solo abolendo gli inutili posti avanzati di medicazione, limitando l'attività delle Sez. di Sanità al solo sgombero e costituendo *due posti* dove la ferita debba essere convenientemente trattata: 1° *Ospedali;* 2° *Posti centrali reggimentali* o, meglio ancora, *posti chirurgici avanzati di Brigata,* ma di questi ultimi dirò in appresso.

Il ferito che avrà avuto praticato sul campo un bendaggio protettivo e l'eventuale applicazione dei lacci emostatici, cosa di pratica comune dei portaferiti e degli aiutanti d Sanità, direttamente trasportato al posto centrale (o al posto chirurgico) ove si troveranno più medici convenientemente distribuiti a secondo della esperienza e delle attitudini, troverà ivi un trattamento accurato, scrupoloso, completo, se del caso, operativo, della lesione e non sarà più rimedicato che dopo parecchio tempo all'ospedale.

Le obiezioni che si fanno abitualmente a tale idea sono: 1° l'affollamento che vieta di attendere a tutti i feriti con eguale sollecitudine; 2° l'ubicazione di posti di medicazione che, rendendoli mal sicuri perchè troppo esposti, non conferisce al chirurgo la serenità necessaria alla esatta esplicazione dell'opera sua.

Sono questi degli inconvenienti cui si può porre riparo?

Oggi, dopo parecchi mesi di esperienza fatta quasi tutta durante il periodo delle avanzate, posso rispondere affermativamente, con piena sicurezza e senza riserve.

Premetto che ebbi la fortuna di non trovare ostacoli notevoli nel conseguimento dello scopo che mi ero prefisso. I comandanti del Reggimento, convinti della opportunità pratica dell'indirizzo da me seguito, mi lasciarono libero di regolare il servizio sanitario nel modo che avessi creduto più opportuno nello interesse dei feriti, non solo, ma mi dettero quelle facilitazioni più atte ad agevolarmi il compito: i colleghi, volonterosi ed entusiasti, contribuirono con opera intelligente ed efficace alla esplicazione del programma stabilito. E solamente in grazia di tanti e così preziosi aiuti fu possibile la rapida attuazione, nel campo pratico, dei concetti su esposti.

L'assistenza sanitaria era dunque nel mio reggimento ordinata nel seguente modo: i portaferiti e gli aiutanti di sanità, appena raccolti dalle prime linee i soldati feriti, mettevano allo scoperto la parte lesa, la ricoprivano, *senz'altro*, con una medicatura preparata che aveva lo scopo di proteggerla contro ulteriori inficiamenti, e se del caso applicavano il laccio emostatico. Là dove confluivano la maggior parte dei camminamenti che dalla prima linea portavano alle linee arretrate, si trovava un ufficiale medico il quale aveva il compito di medicare i feriti lievi, tanto lievi da poter essere rimandati in linea, ed avviava al posto centrale gli altri che, a suo giudizio, abbisognavano di cure più minuziose. Ciò egli poteva giudicare agevolmente solo scostando un po' la

fasciatura fatta senza intervenire con ulteriori manipolazioni. I feriti giungevano quindi al posto centrale che distava in media circa mezz'ora di strada, e lì soltanto venivano per la prima volta *effettivamente medicati.*

Il posto centrale risultava di parecchi ambienti (stanzette riattate o piccole baracche) uno dei quali era riservato agl'interventi. Nel primo, due ufficiali medici, dopo rapida ispezione, procedevano alla medicatura definitiva dei feriti più leggieri che potevano star seduti, praticando solo quei piccoli sbrigliamenti che erano di regola in tutte le ferite da artiglieria e da bomba. In un altro ambiente, una squadra di tre infermieri, appositamente istruiti, procedeva ad una rapida pulizia con benzina ed acqua calda dei feriti più gravi pei quali si dimostrava necessario qualche intervento e praticava l'accurata rasura dei peli. Dopo di questo il ferito, lavato, disinfettato, rasato, veniva trasportato sul tavolo operatorio, qualche volta, se era indicato, previa cloronarcosi. Superfluo dire che strumenti, garza, pannilini, erano accuratamente resi sterili con la bollitura. Il servizio non era per nulla intralciato dalla complessità delle successive operazioni perchè il personale era convenientemente distribuito ed allenato, sì che ogni cosa procedeva con automatismo da macchina. Certo è che nessun ingombro di feriti avveniva tale da impedire lo svolgersi delle più minuziose pratiche e nessun ferito restava senza soccorso. Il posto di medicazione così costituito ha funzionato da prima alle falde del S. Michele, e, dopo le avanzate, in quattro località diverse dell'altipiano Carsico; due volte in casette riattate alla meglio, due volte in spaziose grotte artificiali, una volta in una dolina. In tutti i casi gli ambienti, con adattamenti, suddivisioni e trasformazioni opportune erano resi ampii, puliti e tali da presentare sufficienti garenzie di nettezza e di comodità, se non sempre di sicurezza.

Si sono tentati in tali condizioni i più diversi atti operativi, esclusi, naturalmente, gl'interventi cavitari per i quali altri mezzi di sterilizzazione e di ambiente sarebbero stati necessarii: sbrigliamenti, allacciamenti di vasi sanguigni, estrazione di tutti i corpi estranei e proiettili, regolarizzazioni di focolai di fattura, artrotomie, amputazioni, disarticolazioni, tracheotomie, ecc., i risultati sono stati tali da non lasciare alcun dubbio sulla opportunità dell'intervento.

I feriti, nei quali, per la natura delle lesioni, non era possibile intervenire (cavitarî) venivano accuratamente preparati, sì da poter subire l'atto operativo necessario, appena giunti negli appositi ospedali.

***

Veniamo ora ad un esame dei risultati ottenuti.

A questo scopo raggrupperò le ferite osservate, a seconda della regione del corpo lesa, e dirò brevemente per ognuna il sistema di medicazione seguito, soffermandomi solo un po' sui casi che presentino uno speciale interesse.

1. *Lesioni della testa.*

Ho avuto agio di osservare circa 528 ferite della testa. Di queste, 473 erano *non penetranti* interessavano le parti molli, qualche volta (18 casi) con lesione della teca ossea. 55 erano chiaramente *penetranti* con evidenti lesioni del cervello e con fuoriuscita di sostanza cerebrale.

In tutti questi feriti veniva fatta un'accurata rasura e disinfezione del cuoio capelluto: limitandola, nei casi semplici, ai pressi della ferita, estendendola a tutto il capillizio quando si sospettava una lesione più profonda. Non mi dilungherò a descrivere la disinfezione; era la solita: lavatura con acqua calda e sapone, disgrassamento con benzina, pennellatura con alcool iodato. Preparato così il campo, venivano fatti sistematicamente degli sbrigliamenti intesi a mettere allo scoperto l'eventuale focolaio di frattura per poter praticare una più esatta pulizia della ferita, asportando tutte le sostanze estranee portatevi dal proiettile. Il trattamento non andava al di là di una accurata pulizia ed emostasi. Ottenuta questa, senza cercare in alcun modo di approfondire le indagini con specillazioni o esplorazioni digitali, si medicava a piatto previo trattamento con acqua ossigenata e il ferito con i mezzi più rapidi era trasportato alle ambulanze chirurgiche di armata.

La mortalità (28 decessi) è stata di circa il 5 % sul numero globale dei feriti (il 39 % considerando le sole lesioni con interessamento del cervello). Dato che molti dei feriti i quali presentavano soltanto lesioni del tavolato esterno, potevano anche avere, come il più delle volte si verifica, gravi lesioni interne per frattura della vitrea, la percentuale si può considerare molto bassa.

Il concetto che ha informato il trattamento immediato delle lesioni penetranti del cranio, è stato quello di mettere i feriti nelle migliori condizioni per prevenire lo sviluppo di germi infettivi, i quali, quando l'operazione definitiva

non è possibile in tempo relativamente breve, ne danneggiano in seguito l'esecuzione ed i risultati.

2. Lesioni dell'addome.

Sono state 126 ; delle quali 58 con sintomi di penetrazioni in cavità.

La medicatura è stata delle più semplici: rasura dei peli, disinfezione con alcool iodato, trattamento con H^2O^2. Le ferite non penetranti erano sbrigliate ed asportati i proiettili e le scheggie eventualmente esistenti. Quando invece vi erano fondati sospetti di penetrazione in cavità, si cercava di produrre il minor trauma possibile, si praticava una iniezione di morfina, se del caso, qualche ipodermoclisi e si applicava la fasciatura alla Sculteto come quella che si poteva eseguire rapidamente, senza far muovere il paziente, e meglio delle altre teneva l'addome costretto e fermo, riducendo così al minimo gl'inconvenienti delle inevitabili scosse durante il trasporto.

Anche questi feriti erano inviati, nel più breve tempo possibile alle ambulanze chirurgiche di armata.

La mortalità è stata di 33 casi (circa 27 %).

3. Lesioni del torace.

Su 210 feriti del torace circa 67 erano penetranti in cavità, con o senza lesione polmonare: in 7 casi concomitavano fratture semplici o multiple delle coste: raro il pneumotorace (4 casi): frequente l'emotorace dato, nella gran maggioranza dei casi, dalle intercostali lese. Spesso era sufficiente un tamponamento più o meno stipato, per arrestare l'emorragia: in 3 casi ho dovuto praticare regolarmente l'allacciatura del vaso sanguinante.

La medicatura, a piatto, non differiva da quelle precedentemente descritte.

La mortalità è stata del 4 % (9 decessi).

4. Lesioni della faccia, degli occhi e del collo.

Sono state complessivamente corca 339. Vi sono comprese gravi ferite con asportazione di notevoli parti del mascellare superiore (2 casi) ed inferiore (5 casi); ferite al collo e lesioni dei globuli oculari. Queste ultime particolarmente frequenti per la speciale configurazione del terreno Carsico, costituito da roccia facilmente friabile, che allo scoppio dei proiettili, si polverizza in minutissime particelle dotate di una certa forza d penetrazione. Si hanno molto spesso picole lesioni corneali da scagliette di pietra appena percettibili, senza contare le lesioni più gravi; l'interessamento della camera anteriore dell'occhio, il prolasso irideo, la perdita parziale del vitreo, sino allo svuotamento dell'occhio. In queste ferite è stata mia cura conservare il più possibile dell'organo visivo, anche quando le lesioni erano tali da far sembrare del tutto compromessa la visione. Ho praticata la enucleazione di occhi molto danneggiati dai proiettili in 3 casi soli nei quali la scheggia, penetrata dalla regione temporale (1 caso) o dall'angolo interno dell'occhio (2 casi), si era arrestata presso la parete posteriore, provocando emorragia lenta e infrenabile e dolori violentissimi. Allo scopo di prevenire una infezione oftalmica fu eseguita allora la regolare enucleazione dei residui del bulbo, asportando la scheggia e convenientemente ripulendo e drenando la ferita. In un caso dovetti anche procedere alla legatura della temporale. Ho appreso in seguito che tutti i 3 casi hanno avuto un decorso postoperatorio dei più felici e nessuna complicazione.

Le lesioni corneali o *sclero-corneali*, con o senza partecipazione dell'iride, non venivano toccate per la mancanza di adatto strumentario. Si praticava però sempre un lavaggio tiepido con acqua sterile e la istillazione di qualche goccia di collirio di cocaina 1 %.

Nei gravi casi di lesioni dei mascellari, specie dell'inferiore, mi sono studiato di evitare i disturbi di soffocazione conseguenti alla caduta della lingua indietro per la mancanza dell'impianto sull'arco mascellare. Dopo esatta emostasi e l'eventuale legatura delle linguali, si asportavano i minuti frammenti ossei ancora attaccati alle parti molli, si recentavano i margini e con catgut si praticava l'avvicinamento delle parti molli e la fissazione della base della lingua al pavimento buccale così sommariamente ricostituito. Per maggiore adesione, si avvicinavano le labbra e le parti molli del mento e s'impediva così la caduta della lingua, l'emorragia e l'eccessiva divaricazione dei due monconi ossei, e ciò fino alla ulteriore definitiva sistemazione. Il vantaggio immediato che i feriti ne traevano era quello di esser messi subito in grado di sorbire acqua o alimenti liquidi di conforto, cosa non senza importanza in così gravi traumatismi. La protesi così fatta non aveva nè poteva avere alcuna pretesa di esattezza, bastava però pel momento porre un provvisorio e pratico riparo ai gravi guasi provocati dalle schegge.

È capitato sotto la mia osservazione un solo caso di ferita di trachea, da fucile, con enfisema notevolissimo del collo, del viso e del torace e minacciante morte per asfissia acuta. La tracheotomia praticata subito, molto in basso, immediatamente al di sopra della for-

chetta dello sterno, data la sede della ferita, ebbe ragione ben presto dell'asfissia e il decorso postoperatorio fu ottimo.

Nei casi di ferite lievi ci si limitava a qualche sbrigliamento, all'estrazione dei proiettili quando del caso: alla tricotomia a secco e al trattamento con acqua ossigenata, sempre.

Mortalità: 1 %.

5. *Lesioni degli arti.*

Numerosissime: sono in assoluta preponderanza rispetto alle lesioni di altre parti del corpo. Ne ho osservato 2148 nel corso di 8 mesi circa. Di queste, 264 (12 %) complicate a fratture.

Nelle ferite degli arti, specie quelle con distruzione notevoli di tessuti molli, meglio se complicate a fratture comminutive delle ossa maggiori, ho fatto largo uso della soluzione d'ipocloriti previo sbrigliamento ed asportazioni dei brandelli di tessuto troppo pesti e laceri.

Nelle fratture, ai larghi sbrigliamenti, si faceva seguire la scrupolosa pulizia del focolaio asportando i frammenti ossei liberi, una esatta emostasi, e la sistemazione, in posizione corretta, dei monconi ossei in apparecchio immobilizzante provvisorio; si drenava asetticamente dopo la irrorazione con ipocloriti o, in mancanza, con H^2O^2.

Solo 21 dei casi così trattati sono stati seguìti da decesso: si trattava quasi sempre di casi in cui le fratture multiple interessanti 2 o 3 ossa maggiori, lo schoc grave, l'eventuale concomitanza di altre ferite davano poco affidamento di esito buono: infatti quasi tutti sono morti dopo poche ore, alla Sezione di Sanità. Uno è morto dopo un mese, per osteomielite del femore: aveva riportato frattura comminuta del ginocchio. In 3 casi coesistevano lesioni penetranti dell'addome e della testa.

In tutte le ferite con lesioni dei vasi maggiori veniva praticata la regolare allacciatura, preferibilmente nel sito di necessità, qualche volta nel sito di elezione.

Sono state fatte così 30 legature di arterie e vene distribuite nel seguente modo:

1° Femorale 5 volte (2 con la vena);
2° Poplitea (arteria e vena) 3 volte;
3° Glutea (ramo principale) 2 volte;
4° Omerale 2 volte;
5° Radiale 6 volte;
6° Tibiale posteriore 11 volte;
7° Temporale 1 volta.

In un caso «legatura della tibiale in ferita ampia con frattura comminuta della gamba» seguì decesso. In un altro caso «legatura dell'arteria e vena poplitea in frattura comminuta del ginocchio», seguì dopo 24 ore gangrena per cui all'ospedaletto si procedè all'amputazione della coscia.

Nei casi di ferite interessanti le articolazioni, con ritenzione del proiettile, fu fatta sempre l'artrotomia nettando l'articolazione con acqua ossigenata e praticando conveniente fognatura a mezzo di controapertura. Sono state eseguite 15 artrotomie:

4 del gomito;
8 del ginocchio;
2 dell'art. tibio-tarsica;
1 dell'art. scapolo-omerale.

Nessun decesso.

Ho seguìto questi feriti nel loro successivo decorso, e non si è verificato in nessuno complicazione suppurativa: la guarigione è stata rapida e senza postumi.

Nei casi di gravi lesioni degli arti con schiacciamento delle ossa, spappolamento delle parti molli sì da residuare un ammasso informe di tessuti, là dove era impossibile sperare la restaurazione sia pure parziale, anche per le gravi lesioni dei vasi sanguigni, si è proceduto senz'altro alla demolizione tecnicamente eseguita, partendo dal concetto che tessuti in tale stato di sfacelo si necrotizzano rapidamente e rappresentano il terreno migliore per l'attecchimento dei germi della gangrena gassosa e per conseguenza è necessario allontanarli il più presto possibile.

Sono state eseguite 21 amputazioni:

7 della coscia;
6 della gamba;
3 del braccio;
4 dell'avambraccio;
1 del piede.

Solo 3 casi sono stati seguìti da decesso: in uno (sold. Z. A. ferito il 10 sett. 1916) con ferite multiple da bombarda, concomitava una lesione penetrante dell'addome: l'amputazione della gamba fu fatta nella speranza che la lesione peritoneale potesse essere superata: è morto di peritonite acutisima dopo 48 ore. Un altro (sold. C. F. ferito il 15 sett. 1916) oltre allo spappolamento del braccio, che rese necessaria l'amputazione, aveva riportato frattura del bacino con penetrazione di schegge nel cavo addominale: è morto il 17 sett. 1916 di peritonite. Un terzo (Maggiore dei bombardieri, C. cav. E. ferito il 17 sett. 1916) fu amputato al 3° superiore della coscia, ma è deceduto dopo circa 10 ore per anemia acutissima e shoc.

Solo uno di questi decessi si può mettere in relazione diretta con l'atto operativo subìto: e ciò è tanto più notevole in quanto su 7 am-

putazioni della coscia si è avuto un sol decesso data la elevata percentuale di mortalità, 80 % (30 % in Depage) che si ha in queste operazioni, sono tratto ad attribuire alla precocità dell'intervento la favorevole statistica.

Mi sono attenuto preferibilmente al metodo circolare con infundibolo e in linea di massima non ho praticato suture, ma solo punti di ravvicinamento, salvo che in 3 casi nei quali date le favorevolissime condizioni del moncone è stata fatta la sutura completa a strati.

In un caso ho eseguito la Pirogoff, in due il metodo a lembi. Non ho praticato manicotto periosteo.

Bisogna aggiungere ancora 18 disarticolazioni di dita spappolate e distrutte. La maggior parte degl'interventi è stata eseguita in narcosi morfio-cloroformica. L'autotrasfusione e le generose ipodermoclisi hanno ridotto al minimo lo shoc chirurgico degl'interventi più gravi.

* * *

Passati così in rassegna rapidamente i casi osservati, gli atti operativi eseguiti, i risultati ottenuti, vediamo quali insegnamenti si possono trarre.

Anzitutto, riassumendo i dati statistici si ha che su 3171 feriti dei quali 172 gravissimi, 415 gravi ed altri più lievi, si è avuta una mortalità di meno del 3 % (99 decessi). Gli operati sono stati 270 (9 %) e negli operati sono compresi solo quelli nei quali l'intervento era di una certa entità; ad esempio: nelle estrazioni di proiettili sono state incluse solo quelle che richiedevano regolare atto operativo e sommano a 172.

Non sono stati considerati nel calcolo gli sbrigliamenti, che pure erano sistematicamente praticati, le regolarizzazioni di focolai di frattura, le recentazioni e le vivificazioni delle vaste ferite anfrattuose, ecc. È sorprendente la facilità con la quale si rintracciano i proiettili subito dopo il trauma. Io stesso che mentre ero all'ospedaletto aveva dovuto sovente desistere dalla ricerca mancandomi l'aiuto prezioso dei raggi Röntgen, son riuscito in quasi tutti i casi ad estrarli al posto di medicazione col solo aiuto di sbrigliamenti e della esplorazione, anche quando erano profondamente infissi nelle masse muscolari della coscia e dei glutei.

Per la statistica può giovare ancora la constatazione che la gran maggioranza delle ferite era fatta da proiettili di artiglieria, sia direttamente (schegge di granata e pallette di shrapnell) in num. di 1639, sia indirettamente con sassi o pezzi di legno mobilizzati dagli scoppi in num. di 822. In un caso molto strano, l'agente vulnerabile era costituito da un grosso e durissimo pugno di fango che, lanciato con estrema violenza, aveva spappolate le parti molli della regione postero-interna della coscia sinistra e si era arrestato sotto la cute della regione esterna simulando la presenza di una grossa scheggia. In un altro caso l'intera spoletta di uno shrapnell da 75 aveva attraversato la radice della coscia sinistra dall'esterno all'interno fratturando il collo chirurgico del femore ed arrestandosi sopra il pube in corrispondenza dello spazio prevescicale a contatto con la fascia trasversa dell'addome; asportato il proiettile i piani aponeurotici e muscolari furono riuniti mediante sutura. Decorso consecutivo ottimo.

Le ferite da fucile sono state poche: 399; il loro numero è salito alquanto solo durante le azioni offensive. Le ferite di bombe a mano e da bombarda, 319, caratteristiche per la molteplicità e virulenza, frequentissime durante la guerra di trincea quale vi fu fino a tutto luglio, sono in seguito quasi scomparse.

Quello però che a me più interessa, è l'aver potuto dimostrare a lume dell'esperienza fatta:

1° Che è possibile una medicazione attiva, operativa delle ferite ad immediata vicinanza delle linee del fuoco;

2° Che in qualsiasi punto, con adattamenti da escogitare caso per caso, si possono costruire e trasformare degli ambienti in modo da ottenere piccole sale separate, sufficienti per la medicazione, preparazione ed operazione delle ferite;

3° Che la medicazione così fatta e gl'interventi precoci prevengono la maggior parte delle complicanze più comuni ed abbassano notevolmente la media della mortalità.

In altre nazioni vi sono già e da molto tempo delle formazioni chirurgiche avanzate: «Antenne chirurgiche» (Fiolle): nelle quali vengono operati i feriti più gravi (anche cavitari) qualora il trasporto non sia possibile nel modo più rapido.

A queste formazioni è stato mosso l'appunto che se è possibile così operare subito non è possibile poi seguire gli operati nell'ulteriore decorso, cosa del massimo interesse nelle lesioni delle cavità.

L'osservazione è giustissima, ma vale per le sole ferite penetranti nell'addome o nel cranio: quanto alle altre, e sono la maggioranza, ritengo che, anzitutto, una medicatura completa, un'operazione precoce, possono decidere del buon esito e della rapida guarigione di una fe-

rita e d'altra parte il trasporto in luoghi di cura più arretrati, avvenendo quando già la lesione ha subìto un trattamento definitivo, non può arrecare nessun disturbo anche se venga ritardato.

Presso di noi si ventilò l'istituzione di ambulanze chirurgiche, ma l'idea venne abbandonata come praticamente inattuabile. Solo dopo circa un anno di esperienza, valorosi chirurghi, forti dell'autorità del nome, riuscirono a vincere difficoltà di vario genere ed a costituire le ambulanze chirurgiche specializzate per operazioni cavitarie, i cui risultati corrisposero pienamente alle speranze.

Quanto alle altre ferite la loro cura definitiva, immediata, sul campo, era ritenuta impossibile.

Mi auguro di essere riuscito a dimostrare il contrario.

Se medicature minuziose ed esatte, anche operative, sono state possibili presso un posto di medicazione reggimentale, è ovvio che con qualche modificazione e qualche perfezionamento sarebbero ancor meglio possibili presso picole ambulanze chirurgiche da assegnare una per Brigata, costituite da un chirurgo, da un assistente, da un cloroformizzatore, con una squadra di almeno otto infermieri, tavolo operatorio, autoclave, sterilizzatrice, adatto strumentario e medicatura asettica.

L'ambulanza seguirebbe la brigata durante le azioni ponendosi a giusta distanza fra i due posti centrali di medicazione, in un punto di concentramento dei feriti e vi sarebbero indirizzate dai posti reggimentali tutte quelle lesioni abbisognevoli di qualche cosa più di una semplice medicatura superficiale.

La Sezione di Sanità, sgravata così dal compito di rimedicare i feriti, procederebbe con maggior sollecitudine al loro invio in luogo di cura: chè se ancora si verificasse ingorgo per affluenza impreveduta superiore ai mezzi di sgombero, nessun danno ne verrebbe dall'attesa ai feriti i quali avrebbero già ricevuto una medicazione definitiva.

Agli ospedaletti sarebe riservata l'ulteriore cura degli operati: alle ambulanze specializzate l'operazione dei cavitarii.

In qualsiasi punto del Carso, e ancor meglio in montagna è possibile trovare doline, caverne, costoni defilati, utilizzabili per mettervi dei posti chirurgici con qualche lavoro di riattamento per il quale non difettano i materiali: io per questo lato non ho mai trovato difficoltà di sorta.

Vero è che la sicurezza rispetto ai tiri delle artiglierie nemiche è tutt'altro che assoluta anche in località apparentemente ben defilate, purtuttavia i risultati che si hanno sono così incoraggianti, che vale la pena correre qualche rischio quando si può nutrire la certezza che il sagrifizio è compensato dal bene fatto.

Giovani e volenterosi chirurghi non mancano: all'opera dunque! vadano essi a cercare i feriti, non attendano che i feriti siano trasportati a loro dopo che le lesioni hanno subito manipolazioni non sempre adatte ed oculate.

Io spero che la mia proposta non resterà inascoltata e che coloro i quali con tanto senno presiedono e dirigono il servizio sanitario vorranno favorire le modificazioni che suggerisce un'esperienza di parecchi mesi.

26 dicembre 1916.

BIBLIOGRAFIA.

CAMERA U. Policlinico, Sez. Prat., a. XXIII, f. 41, ott. 1916.
DELAY e LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Paris Médical, 27 nov. 1915.
DÈPAGE. Presse Médicale, 17 febbr. 1916.
FIOLLE I. Journal des praticiens, 18 sett. 1915; 29 genn. 1916.
FRANCINI M. Policlinico, Sez. Prat., a. XXIII, f. 49, 3 dic. 1916.
HEITZ-BAYER e QUENU. Société de Chirurgie, 21 luglio 1915.
LÉRICHE. Lyon chirurgical, a. XII, n. 6, dic. 1915.
MARQUIS. Presse Médicale, n. 3, 17 genn. 1916.
MOSTI R. Policlinico, Sez. Prat., a. XXIII, f. 51, dic. 1916.
PIQUÉ. Société de Chirurgie, 1 marzo 1916.
ROSSI B. Rivista Ospedal., n. 9-10, 31 maggio 1916.
ROSSI-DORIA T. Policlinico, Sez. Prat., a. XXIII, f. 46, nov. 1916.
QUENU. Presse Médicale, n. 16, marzo 1916.
SFORZA. Rivista Ospedal., n. 9-10, 31 maggio 1916.

STRUMENTI ED APPARECCHI NUOVI.

OSPEDALE MILITARE DI RISERVA (N. 7)
REGINA MARGHERITA, X REPARTO, ROMA.

Contributo alla tecnica degli apparecchi gessati per le fratture esposte ed infette degli arti.

Dott. ANGELO ASCARELLI.

> Fare l'apparecchio gessato preciso è così indispensabile in ortopedia come l'antisepsi in chirurgia.
>
> (CALOT. *Ortopedia indispensabile*).

Un buon apparecchio per frattura deve sostenere l'arto ferito regolarmente in tutta la sua lunghezza; impedire la mobilità e la rotazione dei frammenti; non fare pressione nociva sulla cute, sulle sporgenze ossee, e sugli organi superficiali (tendini, nervi); deve essere di facile applicazione, e mantenersi solido e rigido per il tempo necessario alla formazione del callo osseo. A tali requisiti meglio d'ogni altro corrisponde l'apparecchio gessato che torna giustamente in onore per il trattamento delle fratture d'arma da fuoco nei feriti in guerra; crediamo perciò utile esporre brevemente le manualità che possono renderne l'uso più facile e quelle modificazioni e quei ripieghi che a nostro avviso riescono utili nei casi meno facili.

Le ferule gessate per l'immobilizzazione temporanea degli arti fratturati per la semplicità d'applicazione, per l'efficacia, per l'economia di materiale e di tempo, sostituiscono adesso tutte le stecche plantari, palmari, di cartone, di legno, di alluminio, e buona parte delle doccie e degli stecconi che formano ancora l'ingombrante e poco utile corredo delle camere di medicatura (1). Maggiore precisione, pazienza ed abilità tecnica occorre per l'immobilizzazione definitiva con gli apparecchi gessati dell'arto fratturato in ispecie se le fratture sono esposte od infette, e con lesioni più o meno gravi delle parti molli. Aprire un apparecchio gessato in un punto determinato non è così facile come può sembrare leggendo alcuni trattati: basta ricordare quanto è difficile trovare e liberare il padiglione dell'orecchio, o scoprire i seni fistolosi del collo nelle Minerve per il morbo di Pott. Buon metodo è segnare sull'arto sano nelle regioni simmetriche i contorni della lesione che debbono essere scoperti (2), ma non vi è sempre la certezza di aprire la finestra nel punto voluto. L'edema, il raccorciamento rendono l'arto leso diverso dall'arto sano, la medicatura gli fa perdere la sua figura, ne altera il volume, ne ricopre ogni punto di ritrovo, e spesso avviene che aperta la finestra essa non corrisponda alla ferita e si debba ingrandire togliendo così all'apparecchio la parte più solida: poichè è appunto nei contorni del vuoto da aprirsi che bisogna mettere rinforzi affinchè non si alteri la solidità dell'apparecchio stesso. A tale scopo noi usiamo delle manualità che ci hanno sempre corrisposto.

Medicata la lesione delle parti molli la ricopriamo con garza solo per quel tratto che dovrà essere scoperta dal gesso, fissandola con due strisce di cerotto ad X alle cui quattro estremità applichiamo quattro pinze di Koker, le quali vengono sollevate da un assistente ogni volta che si deve passare la fascia di garza prima e la fascia gessata dopo. La posizione delle pinze fissa così in modo perfetto i limiti della lesione da scoprirsi; permette di rinforzarne i contorni con delle ferule, e finito l'apparecchio rende facilissimo di aprirlo nel punto e per l'estensione voluta. Si fanno così degli apparechi relativamente leggeri, ma solidi e forti nei punti che servono a tenere in buona posizione le ossa fratturate e con una o più aperture di grandezza tale da permettere comodamente la medicatura delle ferite, come si vede nella figura 1.



Fig. 1.

Altre manualità possono usarsi nei casi più gravi con lesioni più estese delle parti molli, nei quali è necessario ricorrere ad anse o a ponti di fili di ferro o di ramina. Fatta la medicatura con garza abbondante e poca ovatta, al disopra della lesione fissiamo degli asciuga-

(1) Dott. PIERI. Riv. ospedal., agosto 1916.
(2) Dott. PIERI. Ibidem.

mani sterili, piegandoli nella grandezza che vogliamo scoprire, sovrapponendoli l'uno all'altro sino ad occupare tutta la curva dell'ansa o del ponte di metallo offrendole così un appoggio valido e resistente. Dopo il primo strato di gesso, messa in posto l'armatura metallica, fissandola con rinforzi alla loro base, si finisce l'apparecchio avvolgendolo tutto nelle bende che si tagliano prima ancora che il gesso sia indurito. Con tale mezzo si possono fare degli apparecchi resistenti lasciando libero lo spazio sufficente per medicare vaste e gravi lesioni delle parti molli.

Ma alcune volte i proiettili esplosivi e le schegge dei proiettili di artiglieria producono negli arti devastazioni tali da rendere inattuabile anche l'applicazione degli usuali apparecchi a ponte. E non essendo possibile curare a letto questi poveri infelici per ragioni di igiene, per la difficoltà delle medicature, per l'abbondante suppurazione, si è obbligati a ricorrere alle antiche doccie, agli antichi stecconi, non fa bisogno di dire con quanto dispendio, e quel che conta di più, con quanti e prolungati dolori dei poveri malati. Aggiungasi che dovendosi per lo meno una volta al giorno togliere la doccia o la stecca, l'arto fratturato subisce notevolissimi spostamenti ritardando la guarigione già troppo lontana e favorendo quelle complicazioni che impongono alla fine la demolizione dell'arto. I tipi e la disposizione degli apparecchi cambiano così a seconda dell'arto leso, della situazione delle ferite, della superficie da lasciarsi scoperta: se però l'edema dei tessuti, l'abbondante suppurazione, la probabilità di dover aprire delle contro aperture impongono di lasciar libera tutta la circonferenza dell'arto per una grande estensione, gli usuali apparecchi ad ansa ed a ponte se pur si riuscirà a metterli in posto, dovranno essere rimossi dopo breve tempo.

Difficoltà anche maggiori si incontrano nelle gravi fratture del femore per le quali si debbono immobilizzare le articolazioni del ginocchio e dell'anca. Della tecnica di tale apparecchio, delle difficoltà che presenta, degli errori più comuni e dei mezzi per ovviarli parla dettaglatamente Calot nella cura della coxalgia (1). Due condizioni egli dice necessarie per un buon apparecchio:

« I. Non interporre tra l'apparecchio e le parti uno strato di ovatta tale che le ossa dopo che l'ovatta si è ammassata possano muversi dentro l'apparecchio »;

« II. Ben modellare tutte le sporgenze ossee, il bordo superiore del bacino, le creste iliache, i condili del femore, la rotula, i malleoli. Senza ciò le ossa possono muoversi liberamente e la deviazione si riprodurrà nell'apparecchio e malgrado l'apparecchio ».

Occorre inoltre ricordare che l'apparecchio si rompe spesso all'altezza dell'inguine per il forte braccio di leva formato dall'arto inferiore così lungo, aggravato dal peso del gesso, e provvedere ai rinforzi necessari. Ma le difficoltà già notevoli che si incontrano quando il femore è sano, sono sensibilmente aumentate quando per la frattura esposta del femore non può più esistere la continuità dell'ingessatura che deve essere interrotta per i ponti e per le anse da mettersi in corrispondenza delle lesioni delle parti molli. Spesso avviene che l'infermo obbligato a gravare con tutto il bacino sul sacro appoggiato al sostegno per il lungo tempo che occorre a fasciare tutto l'arto, per il dolore provocato dalle fratture ancora mobili, non riesca a star fermo fino all'indurimento del gesso che fissa le anse, e finito l'apparecchio si constata che non si è ottenuta nè l'immobilità dei frammenti nè la correzione desiderata, e *non di rado che le anse furono fissate proprio sulle lesioni da medicarsi.*

Troppo lungo sarebbe voler menzionare tutti gli apparecchi meccanici ideati per allontanare e ridurre in buona posizione i frammenti degli arti fratturati: ne esistono di tutte le specie, a tiraggio, a molla, a cremagliera, ma essi sono di grande costo, di difficile applicazione, non lasciano nessuno spazio, o limitatissimo per la cura delle lesioni delle parti molli e *i movimenti che permettono di imprimere ai frammenti sono sopra un solo asse dell'arto.*

Ad ovviare questi inconvenienti noi pensammo di ingessare separatamente i due segmenti dell'arto fratturato. Se, come nei due malati di cui riportiamo le fotografie, le condizioni sono così gravi da non permettere una lunga seduta, nel primo giorno si ingessa la gamba, fissandola con un tiraggio improvvisato, nel giorno successivo si ingessa il bacino col segmento superiore (fig. 2). A due punti opposti della circonferenza *inferiore* dell'apparecchio *superiore*, e *superiore* dell'apparecchio *inferiore* si includono nel gesso due appigli di ferro (figura 2 A) per cui con le usuali chiavardole del commercio si può facilmente fissare una viera di ferro (fig. 2 B) che ne costeggi tutta la circonferenza e serva di attacco ai ponti e alle sbarre che adoperiamo per riunire i due apparecchi nella direzione voluta, e per procurarne il graduale allontanamento (fig. 2 C-D).

(1) Calot. *Ortopedia indispensabile.*

Le fotografie che seguono meglio di qualunque altra descrizione valgono a dimostrare di quali pezzi si compone e come funzioni il nostro apparecchio il quale (mi piace di ripe-

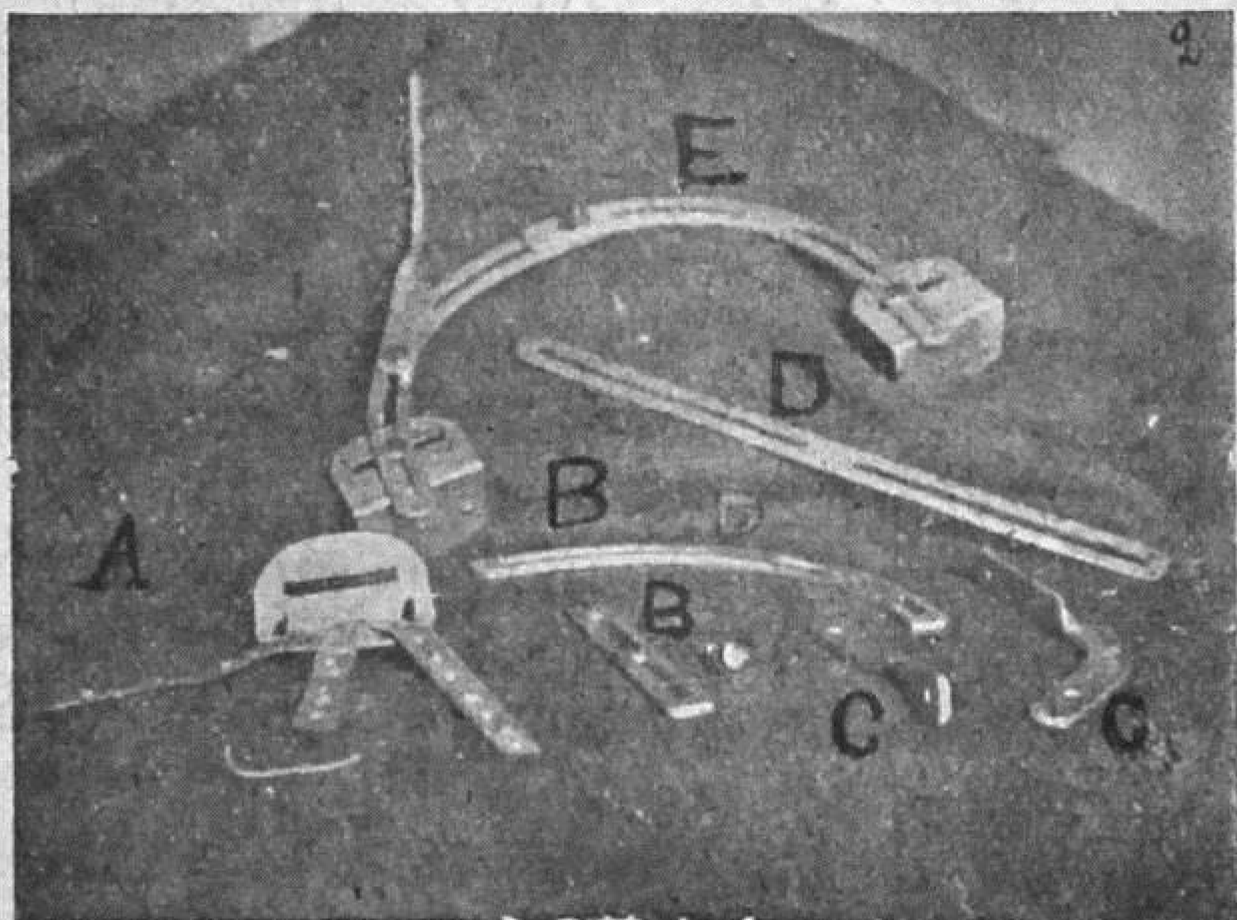


Fig. 2.

terlo) *permette di muovere i due framenti dell'arto fratturato in tutti i piani e in tutti i sensi ottenendone senza sforzo il sollevamento, l'abbassamento, l'adduzione, l'abduzione, la rotazione interna e la rotazione esterna, per fissarli rigidamente alla direzione che si crede più opportuna.* Per facilitare questa mobilità tanto da renderla più agevole e completa noi applicammo in un primo apparecchio nei punti segnati A, A', A'' nella figura 5ª uno snodo a cardano che si può rendere fisso con un semplice giro di vite. Tale ripiego offre evidentemente dei vantaggi, ma con un poco di pazienza se ne può fare a meno con guadagno della semplicità e della leggerezza.



Fig. 3.

Nei due infermi fotografati, per la gravità delle lesioni delle parti molli e dell'infezione sopraggiunta, ad onta della vasta e grave frattura delle ossa si era obbligati a rimuovere ogni giorno lo steccone o la doccia per fare le necessarie medicature sempre dolorosissime per la mobilità dei frammenti. Riporto qui un sunto del diario.

P... G..., di anni 29, ferito a Gorizia il 12 agosto, entra nel nostro ospedale il 10 settembre. Presenta accorciamento ed ammassamento della coscia sinistra con rotazione esterna del piede per frattura comminuta, esposta, ed infetta della diafisi del femore sinistro (figura 3). Al lato esterno della coscia esiste una soluzione di continuo lunga cm. 26 interessante tutte le parti molli sino all'osso fratturato le cui punte del colore di avorio vecchio sporgono nel fondo della ferita ricoperta di secrezione abbondante, icorosa, puzzolentissima (figura 3). Altre ferite gravi ed infette esistono nella regione antero-interna del terzo superiore della coscia e sulla natica sinistra.

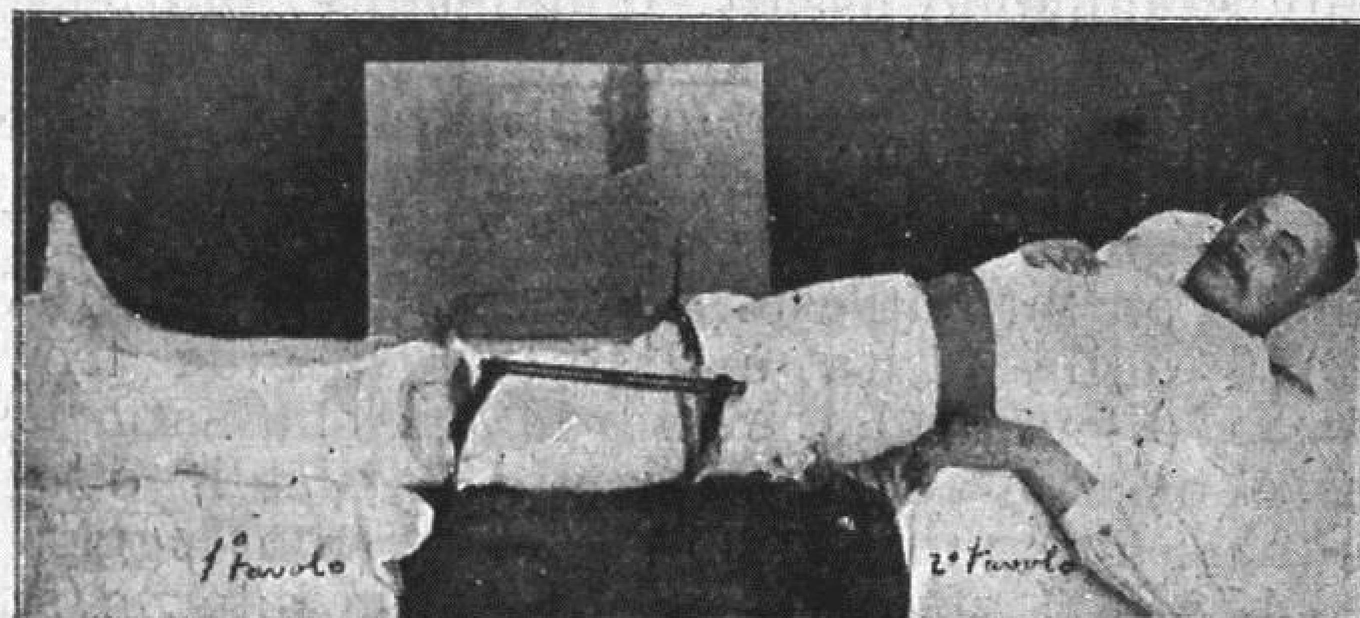


Fig. 4.

Sinora ha tenuto lo steccone che deve essere giornalmente rimosso per le necessarie medicature, le quali sono accompagnate da fieri dolori. Il 25 settembre mettiamo l'apparecchio alla gamba e il 26 l'apparecchio al bacino fis-

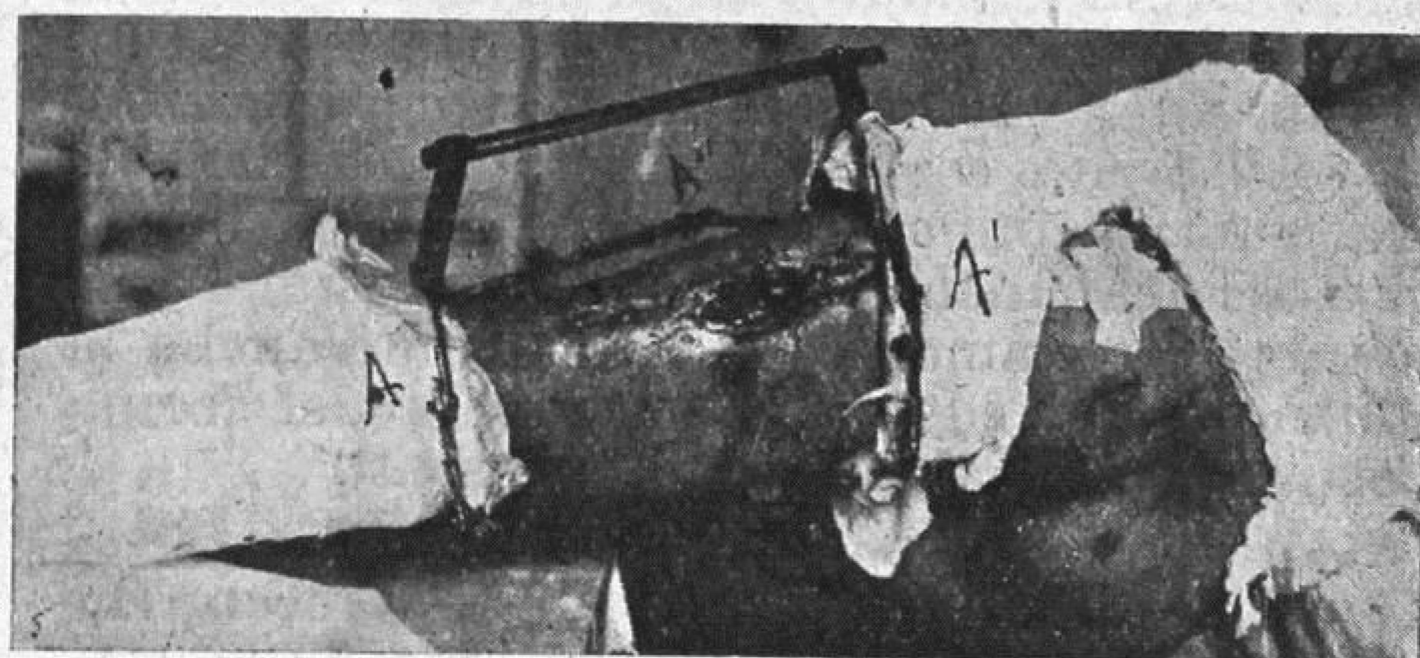


Fig. 5.

sandoli nella posizione migliore: le medicature divengono subito facilissime e quasi indolore poichè i frammenti sono contenuti nell'apparecchio in modo così rigido che il malato può poggiare sopra un tavolo sull'ingessatura del bacino e sopra un altro con la ingessatura della gamba (figura 4) e può girarsi liberamente senza che i frammenti si spostino (figura 5). Facendo scorrere le sbarre orizzontali sui sostegni verticali in pochi giorni l'ammassamento e il raccorciamento scompaiono come dimostrò la radiografia eseguita con l'apparecchio.

Maggiore interesse hanno le fotografie del secondo malato perchè dimostrano la possibilità e l'utilità di mettere l'apparecchio immobilizzante fisso anche *nelle fratture della parte alta del femore.*

D... M..., di anni 40, ferito il 17 agosto a San Martino, entra nel nostro ospedale il 10 settembre: presenta notevole accorciamento e rotazione esterna dell'arto inferiore sinistro (figura 6) per frattura comminuta esposta ed infetta del collo chirurgico del femore. Al terzo superiore della coscia esiste una vasta lesione di continuo che interessa tutte le parti molli, trasfossa dalla regione antero-esterna alla regione posteriore, con abbondante secrezione di pus icoroso e fetido. Le condizioni del malato non permettendo manovre troppo lunghe, in una prima seduta si ingessa la parte inferiore dell'arto mantenendo l'estensione con un tiraggio: dopo 24 ore fatta l'ingessatura del bacino si uniscono i due apparecchi e i frammenti rimangono fissati rigidamente tanto che il giorno dopo l'infermo fu potuto trasportare in altro ospedale per la radiografia. Rilevandosi da questa (figura 7) che il frammento che porta il piccolo trocantere e distaccato dalla diafisi è portato all'esterno, e che il frammento visibile dalla ferita è dato dal grande trocantere, allentate le chiavarde, si abbassano le sbarre orizzontali sui sostegni verticali, ottenendo l'allungamento dell'arto, e con leggeri movimenti di abduzione e rotazione interna si corregge anche la posizione viziosa come si vede dalla figura 8. Per le medicature il malato può muoversi liberamente poggiando sui due apparecchi senza che la deformazione si riproduca. Inoltre un laccio elastico movibile agganciato da un sostegno all'altro, fa pressione continua sulla sporgenza del frammento superiore provocandone in poco tempo un abbassamento notevole.

In ambedue i malati finita la medicatura si passa un asciugamano di tela forte teso al disotto di essa e si fissa ai due sostegni orizzontali facilitando così la cosidetta modellazione della frattura impedendo la caduta e la deviazione dei frammenti diafisari che restano così sostenuti direttamente, ed agevolando anche la risoluzione dell'edema che per solito si forma all'estremo degli apparecchi ingessati.

Dopo più di due mesi tolti gli apparecchi che erano sempre rimasti in posto, si è constatato la formazione del callo osseo valido e resistente con raccorciamento di centimetri 2½ nel primo malato, di 3½ nel secondo. Tutti e due per ordine improvviso che ci ha impedito di fare le radiografie di controllo, sono già usciti dal nostro ospedale per affrontare un lungo viaggio, il primo appoggiato alle stampelle, il secondo con un solo bastone.

Con tali precauzioni, e ponendo la massima attenzione nel modellare nel modo migliore le estremità dei frammenti epifisari, noi crediamo di aver provveduto ad eliminare tutte le controindicazioni che il Calot (1) mette a carico degli apparecchi gessati ad ansa e a ponte. Confortati dai risultati ottenuti a noi sembra poter dire che i vantaggi offerti dall'apparecchio che abbiamo descritto sono i seguenti:

I. *È semplice ed economico* e non si compone con meccanismi difficili.

II. Lo spazio libero dell'ingessatura può essere più o meno grande a volontà del chirurgo e a seconda delle indicazioni *rendendo possibili e facili le medicature anche di focolai infetti con abbondanti secrezioni purulente* senza che le parti gessate possano insudiciarsi. (Negli infermi fotografati le ingessature distavano tra di loro in uno 30 cm., ed in uno 28 cm. circa, e sebbene vi fosse abbondantissima suppurazione fetida, le ingessature messe il 25 settembre ed il 25 ottobre si conservarono pulitissime sino alla rimozione degli apparecchi).

III. *È di facile applicazione, con grande risparmio delle forze del malato,* poichè si ingessano separatamente i due frammenti dell'arto fratturato e poi si uniscono e si fissano con i sostegni verticali e orizzontali. L'apparecchio diviene così di un pezzo solo rigido risparmiando al malato le lunghe sedute e le oscillazioni dolorose che sono sempre inevitabili nella posa dei grandi apparecchi.

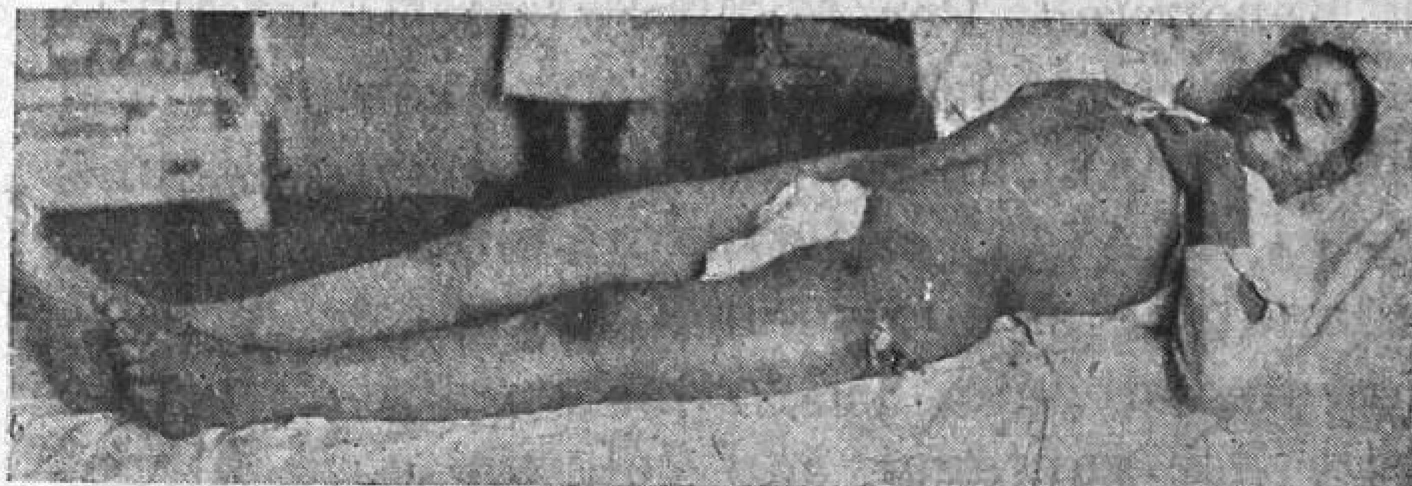


Fig. 6.

IV. Dovendo ricorrere ad atti operativi anche gravi (*sequestrotomie, resezioni di punte necrosate, estrazioni di proiettili, controaperture*), basta togliere le chiavardole ed allontanare i sostegni per aver libero il focolaio di frattura, l'osso *leso quasi per tutta la sua lunghezza* e l'arto leso *per tutta la sua circonferenza.* Finita l'operazione, rimessi a posto i sostegni e strette le chiavarde in pochi minuti l'apparecchio è di nuovo rigidamente di un pezzo solo.

V. *L'apparecchio può essere fissato sotto il controllo radioscopico* mettendo l'arto nella posizione e direzione che si giudica più opportuna poichè *permette di muovere i frammenti in tutti i piani e in tutte le direzioni: ne permette cioè il sollevamento, l'abbassamento, l'adduzione, l'abduzione, la rotazione interna, la rotazione esterna.* Tale vantaggio può consigliare, a mio parere, l'uso di questo apparecchio anche per le *fratture non esposte dell'arto inferiore* dopo pochi giorni d'uso del tiraggio del Tillaux per non condannare il malato al

(1) CALOT. *Ortopedie et Chirurgie de Guerre,* II[e] édition, pag. 116-139.

letto nella posizione incomoda della controestensione per tutto il tempo della cura. L'inconveniente più grave del tiraggio del Tillaux è che esso provoca solo l'allontanamento ma non fissa in nessun modo i frammenti i quali subiscono movimenti di lateralità e di rotazione spontaneamente e più accentuati per i movimenti inevitabili dei malati. Nel nostro apparecchio invece, allentando le chiavarde e facendo scorrere le sbarre orizzontali sui sostegni verticali, si ottiene il graduale allontanamento dei frammenti: stringendo di nuovo le chiavarde si fissano nella posizione che si crede più opportuna.



Fig. 7.

VI. *È resa facile la medicatura modellante della frattura.* Sostegni di tela si fanno passare da una leva all'altra girando sotto l'arto in modo da impedire la deviazione e la caduta dei frammenti diafisari che restano così direttamente sostenuti, ed agevolare la risoluzione dell'edema che si forma all'estremità delle ingessature: si possono fare compressioni continue con lacci elastici su frammenti che per la loro forma e posizione non possono essere tenuti a posto dalle ingessature.

Il prof. Durante (1) in un recente lavoro, dopo aver scritto che le fratture esposte debbono essere considerate sempre come lesioni gravissime, aggiunge che il trattamento di tali feriti richiede tutta la passione dello scienziato e dell'artista e avverte i bene iniziati alla chirurgia che i loro criterî clinici e tecnici debbono essere accompagnati da una pazienza inesauribile senza di che non raggiungeranno lo scopo. Da parte nostra, costanti seguaci delle buone regole della chirurgia conservativa che ora più che mai deve imporsi nella cura dei nostri soldati, chiudiamo queste brevi note affermando che:

I. Il miglior contributo alla cura conservativa degli arti affetti da gravi fratture esposte ed infette, è data dalla immobilizzazione dei frammenti *fatta in modo da permettere accurate frequenti medicature antisettiche.* Si riesce così a risparmiare atroci dolori ai malati ed a conservare spesso arti che sarebbero condannati alla demolizione.

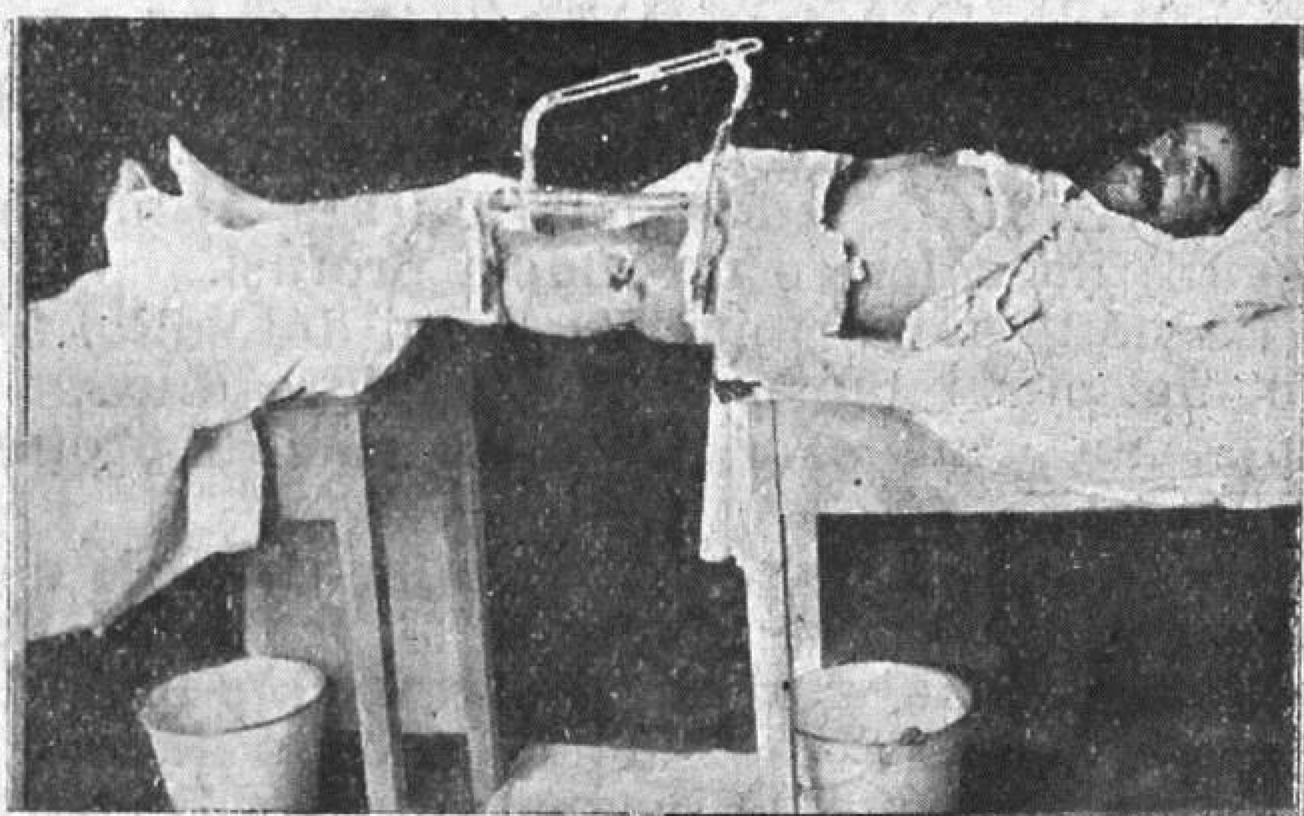


Fig. 8.

II. Il mezzo migliore per ottenere l'immobilizzazione temporanea e definitiva dei frammenti è dato dall'apparecchio gessato, il quale con opportune e pazienti modificazioni come quelle sopra esposte può essere applicato con grande utilità in una buona parte dei casi anche gravissimi.

III. L'apparecchio che abbiamo descritto può servire per la cura della maggior parte delle fratture, anche non esposte non escluse quelle della parte alta del femore (vedi figure 6, 7, 8) per le quali si usa il tiraggio del Tillaux. Oltre al risparmiare ai malati l'incomoda posizione della controestensione a cui il tiraggio li obbliga per il lungo tempo necessario alla formazione del callo, se ne avranno tutti i vantaggi dati dalla solida fissazione dei frammenti che è il mezzo migliore per affrettare la guarigione ed evitare le frequenti complicazioni.

(1) DURANTE. Policlinico, Sezione Pratica, ottobre 1916.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Intorno ad un caso di ascesso della milza.

Dott. GIOVANNI MORELLI.

S... A..., di a. 33, contadina. Ha i genitori viventi; il padre, di 60 anni soffrì di malattia in seguito alla quale perdette la voce; è bevitore; la madre, di 55 anni, ha avuto 19 parti con 13 figli morti nel terzo mese di vita.

La nostra donna soffrì nell'infanzia di difterite; ad 11 anni in seguito a caduta in un fosso pieno di acqua diventò, come essa afferma, sorda.

Mestruò regolarmente, a 22 anni prese marito, ebbe sei figli con gravidanze e parti normali.

L'ultimo parto avvenne alla fine di febbraio dell'anno 1915. Allattò il suo bambino e contemporaneamente quello di una sorella, benchè la secrezione lattea non fosse abbondante, per circa due mesi, ma dovette poi sospendere l'allattamento perchè molto indebolita e malata.

Da allora la debolezza andò progressivamente aumentando insieme alla denutrizione.

Ai primi di aprile del 1915 visito la donna. Essa mi racconta che da circa 15 giorni trovasi sofferente e che ogni tre giorni e quasi sempre verso la stessa ora — verso le 21 — è presa da forti brividi di freddo della durata di mezz'ora seguìti da calore e da sudori profusi.

La notte sul 1° aprile fu colta dal solito freddo ma più intenso e di maggiore durata seguìto da grande calore e da sudore profusissimo.

La malata si lagna di disappetenza, di debolezza e di qualche doloretto al ventre. È notevolmente denutrita, ha viso emaciato imperlato di grosse gocce di sudore, colorito terreo, occhio profondamente incavato, privo di energia, mucose pallide, tessuto adiposo scarsissimo, mammelle floscie, ventre pendulo; temperatura normale 36°,8.

Nulla all'esame dell'apparecchio circolatorio e respiratorio; all'apparecchio digerente riscontrasi: lingua alquanto impatinata, stipsi, lievi borborigmi nella fossa ileo-cecale la quale non è dolente alla palpazione nè dolente il Burney; assenza di meteorismo.

Nulla negli organi genitali.

Assenza di roseola; milza lievemente aumentata palpabile sotto l'arco costale.

Il 10 aprile riscontro: temperatura 39°,9 al mattino, 37°,2 la sera dello stesso giorno.

L'11 e il 12 aprile apiressia; la sera del 13 febbre a 40°,2 preceduta da violento brivido di freddo, la mattina successiva 36°,6.

A carico della milza noto un aumento dell'organo e una lieve dolorabilità spontanea che dalla regione splenica si diffonde alla spalla sinistra. Anoressia. In giornata ha avuto tre scariche alvine liquide, giallastre non dolorose. Lieve meteorismo. Urine chiare, abbondanti con peso specifico 1010 con assenza di albumina. Il polso nel periodo febbrile non è in rapporto colla temperatura ma mantiensi piuttosto lento: 80 pulsazioni con temperatura di 39°,9.

La respirazione è superficiale e frequente per il dolore che ad ogni profonda inspirazione si risveglia nella regione splenica.

Esame microscopico del sangue. — Ad un primo esame a fresco noto: emazie pallide con poca tendenza ad unirsi in pile, non poichilocitosi: un grande numero di globuli rossi è invaso da pigmento nero e da corpi rotondeggianti e ovalari pallidi; in alcuni globuli si osservano forme a rosette; detriti di pigmento nel plasma; globuli bianchi non aumentati.

Fu iniziata una cura intensa chinacea per iniezioni in seguito alla quale si ha apiressia per otto giorni e scomparsa dei brividi di freddo.

La donna però non accenna a migliorare nelle sue condizioni generali.

Riassunto dei diari dal 25 aprile al 12 maggio. — Notevolissima denutrizione.

Dolore sempre più accentuato nella regione ipocondriaca sinistra; aumento progressivo e rapido della milza.

A carico dell'apparecchio digerente notasi: lingua uniformemente arrossata; anoressia, nausea, feci diarroiche, giallastre, spiccato meteorismo.

La notte del 30 sono chiamato d'urgenza dalla malata la quale presenta timpanite, dolori violenti nell'ipocondrio sinistro irradiantisi alla spalla sinistra, polso piccolo, frequente, sudori abbondanti, vischiosi, freddi, respirazione frequentissima e superficiale, temperatura 38°,4.

La mattina successiva la sindrome non presentasi più allarmante.

Ha temp. 37°,5; respir. 38; puls. 84; la timpanite assai diminuita.

Permane il dolore nella regione splenica e si manifesta un ingrossamento diffuso nella stessa regione sì che mentre da prima si poteva palpare con facilità la milza la quale col bordo superiore arrivava alla settima costola sull'ascellare anteriore, col margine inferiore a quattro centimetri sotto l'arco costale, ora si ha solo la sensazione di un ingrossamento pastoso, assai meno compatto, più slargato, non bene limitabile e dolentissimo alla palpazione. La temperatura oscilla da 37°,5 a 38°,3 senza brividi.

La donna non può nutrirsi perchè, oltre l'anoressia, ha la sensazione di un nodo retrosternale che le impedisce di mangiare.

Ha avuto nausea, ma non vomito.

Le feci si mantengono diarroiche, odorosissime, per lo più di colore giallo; per alcuni giorni furono verdi dall'aspetto di erba finemente tagliuzzata; una volta le osservai bianche cretacee.

Nei giorni successivi il meteorismo s'alterna con depressione addominale; il tumore non accenna ad aumentare.

La denutrizione si rende più spiccata, i dolori nell'ipocondrio sinistro diminuiti, la temperatura non superiore a 37°,8; le urine abbondanti normali; le condizioni appaiono meno gravi.

Ripetuto l'esame del sangue si nota la scomparsa del pigmento; non si rendono visibili elementi parassitari; globuli rossi meno pallidi, disposti a pila; leucocitosi intensa.

Invio l'inferma all'ospedale di Oderzo per un intervento con diagnosi di splenite suppurativa con perisplenite secondaria ad infezione ematozoaria.

Il prof. Simoni, direttore dell'ospedale di Oderzo, assistito dal prof. Calabrese della Clinica chirurgica di Bologna, opera la paziente col metodo del taglio trasversale parallelo al bordo costale e in corrispondenza della maggiore sporgenza del tumore. Un fiotto abbondantissimo di liquido purulento nerastro commisto a pezzi di varia grandezza e grossezza di tessuto splenico fuoriesce dall'apertura.

Cessato lo scolo senza essersi presentata emorragia inquietante, pulita e zaffata a drenaggio la regione, vennero praticate ipodermoclisi di soluzione fisiologica e alcune iniezioni eccitanti.

Dopo sei giorni venne tolta la medicatura senza aversi emorragia.

Dal taglio operativo non si osserva in cavità traccia alcuna di tessuto splenico, si vede il peduncolo vasale completamente isolato e la cupola del diaframma cosparsa di piccoli punti di pus.

Vi è un momento di trepidazione per la vita dell'inferma quando un giorno dopo di essere stata medicata viene colta da improvviso collasso cardiaco.

Con energico intervento la crisi viene superata.

Un secondo pericolo si presentò all'inferma collo sviluppo di due focolai ascessuali nelle regioni glutee, causati da mal fatte iniezioni di chinino, in seguito ai quali la febbre che era quasi totalmente scomparsa si riaccese violentemente a 39°,8, minacciando la vita della donna.

Il pronto soccorso con ampia asportazione e cauterizzazione delle parti necrosate e invase dal processo suppurativo salvò l'inferma.

Dopo quattro mesi dall'atto operativo la donna è completamente guarita; non accusa più alcun disturbo, mangia con appetito, ha fatto un buon colore, è bene nutrita e ingrassata, può attendere a leggeri lavori di casa.

Oggi, un anno e mezzo dopo l'intervento, la donna mantiensi sempre in buone condizioni, non accusa dolori, si sente bene, lavora ma non può attendere a lavori faticosi perchè si stanca facilmente. Sono ricomparse le mestruazioni, ma non ha avuto più gravidanze.

Febbre da prima intermittente preceduta da brividi, seguita da profusi sudori, con polso tendente al lento: milza ingrossata e ingrossantesi col rinnovarsi dell'accesso febbrile, dolente spontaneamente e con dolorabilità irradiantesi alla spalla sinistra: disturbi gastrointestinali manifestatisi con anoressia e stipsi quindi con diarrea verde e successivamente giallastra, con meteorismo alle volte intensissimo: tinta terrea della cute, notevole denutrizione, assenza di roseola, di delirio, di qualsiasi alterazione sensoriale se indicavano da principio un processo infettivo non bastavano clinicamente a specificarlo.

Se la sintomatologia non s'attagliava al quadro di una forma tifosa non potevasi questa escludere con tutta sicurezza giacchè sono comuni in questa plaga forme infettive con curve febbrili affatto diverse dalle curve classiche del tifo addominale ma che devonsi clinicamente e batteriologicamente riportare a processi tifosi miti ed a setticemie ebertiane.

Il processo infettivo poteva essere dovuto a pioemia: intermittenza febbrile, brivido, cachessia, inizio della malattia poco tempo dopo un parto erano dati per ammetterla: assenza di lesioni negli organi genitali, assenza di dermiti e di qualsiasi altra malattia cutanea e viscerale a carattere piogenetico erano dati per escluderla.

Anche le febbri sudorali, comprendendo con questo termine non solo le varie manifestazioni del micrococco di Bruce ma pur anche quelle dovute ad alcune varietà del bacillo di Ebert, potevano essere invocate insieme all'infezione ematozoaria nel nostro caso.

L'esame del sangue, l'azione positiva della chinina tolsero i dubbi.

Il secondo periodo delle manifestazioni morbose è il più interessante ed anche più difficile ad essere spiegato.

Dopo un'apiressia di otto giorni ottenutasi con la somministrazione di chinina, la donna non migliora; invece si ha denutrizione progressiva, febbre modica remittente non superante i 38° senza brivido; aumento rapido notevole e dolorosissimo della milza, segni di perisplenite con interessamento del diaframma; prominenza in avanti verso l'addome del tumore il quale acquista caratteri d'indeterminatezza, si fa meno duro, più slargato sì da confondersi con la resistenza muscolare addominale e presenta più incerti i confini mentre prima nettamente limitabili; assenza di sudori profusi; scomparsa dalla circolazione periferica dell'ematozoario, aumento dei globuli bianchi; fatti tutti che mi schiarivano il concetto di un processo suppurativo della milza.

L'intervento chirurgico confermò la diagnosi.

Per mancanza di ricerche batteriologiche non si potè individualizzare il germe di tale ascesso; i caratteri macroscopici del liquido attestavano però trattarsi di pus da anaerobii.

Insolubile rimane pur anche la patogenesi di questo ascesso.

Ascesso da pioemia secondario ad infezione malarica? Le manifestazioni pioemiche oltre dare una sintomatologia diversa da quella della nostra donna sono quasi sempre diffuse e multiple.

I disturbi intestinali avuti dall'inferma — diarrea, feci verdi e giallastre con fermentazioni putride, meteorismo notevolissimo — non potevano spiegarsi con semplici disordini circolatori del piccolo circolo addominale quali osservansi nella malaria, ma dovevano rite-

nersi dovuti, se non all'azione di germi specifici dei quali mancava la sindrome clinica, all'attività dei comuni batteri intestinali i quali, per le condizioni generali della donna, per il suo stato di indebolimento, per le condizioni dell'organo splenico, è lecito supporre abbiano potuto emigrare per via linfatica nella milza e quivi localizzarsi.

Sappiamo che fra i comuni ed abituali germi intestinali il *bacterium coli* può dar luogo a processi suppurativi localizzati, a pielonefriti, a colecistiti, a cistiti, a meningiti.

Non è pure da escludersi che causa dell'ascesso splenico possano essere state le iniezioni di sali di chinina le quali diedero luogo a suppurazione ed a necrosi dei tessuti dove furono praticate perchè fatte senza le dovute norme. Un giorno arrivai al letto dell'inferma mentre si stava eseguendo la puntura in una parte delle natiche che era imbrattata di feci!

Ma tutto ciò nel campo delle ipotesi e come tentativo d'interpretazione dei fatti.

Quanto sia difficile in moltissimi casi la diagnosi dell'ascesso splenico, dice il prof. Durante, si rileva dalle statistiche di Grand Maursel, dalle quali risulta che sopra cinquantasette casi l'ascesso quattordici volte soltanto fu diagnosticato al letto dell'infermo.

Nella nostra donna la diagnosi fu facilitata dall'avere potuto distinguere due fasi ben nette nello sviluppo del processo morboso; la prima — fase d'infezione malarica — febbre nettamente intermittente ed elevata con modico tumore di milza; la seconda — fase dell'ascesso — con febbre remittente e modica, aumento rapido e progressivo della milza con caratteri ben netti e, direi, tipici.

Finkelstein, nel *The British Journal*, luglio 1914, «Chirurgia della milza», nota che nel trattamento degli ascessi splenici si sono avuti grandi progressi.

Nei dati raccolti dall'Autore nel 1909 constatò tredici morti sopra cinquantacinque pazienti; da allora potè raccogliere altri quattordici casi dei quali uno personale e tutti seguìti da guarigione evidentemente dovuta, come egli scrive, ad una diagnosi adeguata e ad un intervento in tempo opportuno.

Nel nostro caso l'esito chirurgico ottimo fu dovuto prima di tutto all'abilità non comune del chiarissimo prof. Simoni ed alle sue illimitate premure verso i malati, ed anche alla fortunata circostanza che per l'integrità della capsula splenica il processo suppurativo potè rimanere localizzato.

Fontanelle di Oderzo (Treviso).

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società italiana di Chirurgia in Bologna

(3-4-5 marzo 1917).

Quarta seduta: *4 marzo*, ore 9.

Comunicazioni sulle ferite con lesioni delle ossa e delle articolazioni.

Profilassi delle deformazioni dell'apparecchio locomotore per traumi.

GHILLINI CESARE (Bologna). — Nelle fratture l'O. applica stecche di legno e bendaggi di gesso e cemento: apre finestre nei punti lesi per medicature, esami radioscopici, per dar buona direzione ai frammenti e correggere le deformazioni del callo molle.

Descrive le posizioni da dare agli arti.

Per le fratture della clavicola il braccio va a livello della spalla e il bendaggio comprende torace, spalla e braccio fino al gomito.

Per l'omero il braccio vicino al tronco; bendaggio come sopra.

Per l'avambraccio, nel caso di frattura dell'olecrano il gomito va iperesteso; nel caso di frattura composta del terzo superiore e del terzo medio l'avambraccio va in semipronazione e la mano deve essere flessa e inoltre spostata o verso il radio o verso l'ulna secondo richiede la riduzione della frattura.

Nelle fratture del collo femorale: trazione, abduzione, rotazione interna, e spostamento in alto del gran trocantere a livello della testa femorale, mantenendolo in questa posizione con una mano durante la consolidazione del gesso. Questa manovra è stata consigliata dall'O. per il primo ed è necessaria per il combaciamento dei frammenti. Il bendaggio di gesso e cemento comprende bacino e coscia.

Nelle fratture della diafisi femorale, se comminutive, bendaggio come sopra; se semplici, bendaggio avvolgente soltanto la coscia.

Nelle fratture della rotula ginocchio iperesteso.

Nelle fratture della gamba piede ad angolo retto.

Nelle fratture da arma da fuoco non asporta mai le scheggie ossee: nella cura di queste fratture suppurate applica un suo speciale drenaggio metallico bivalve.

L'O. tratta poi dell'importanza della immobilizzazione delle articolazioni in buona posizione quando minacciano di irrigidirsi e di anchilosarsi. Tali posizioni sono: per la spalla il braccio in leggiera abduzione; per il gomito la flessione di 80°; per la mano e per le dita una lieve flessione; per l'anca una flessione leggiera; per il ginocchio l'estensione; per il piede l'angolo retto; per le dita del piede la estensione.

Riguardo al mantenimento degli apparecchi per fratture, se queste sono semplici bastano 40-50

giorni, se complicate 5 mesi almeno. Combatte l'osteosintesi e l'applicazione del chiodo nel calcagno per la trazione. Presenta un suo goniometro.

Plastica di necessità nella regolarizzazione di monconi corti di gamba e di coscia.

PUTTI VITTORIO (Bologna). — L'amputazione di guerra è nel più dei casi una operazione incompleta, in quanto il chirurgo di guerra è costretto a compiere solo il primo atto dell'intervento, quello della demolizione, e a cedere quindi il mutilato a chi, nelle retrovie, ha l'ufficio di integrare con cure sussidiarie l'opera forzatamente interrotta.

L'O. non si ferma a dire ciò che è già noto in riguardo ai metodi più in uso per il trattamento postoperatorio dei monconi di amputazione funzionalmente insufficienti, e cioè alla reamputazione e alla regolarizzazione, sebbene anche questi interventi, se esaminati alla luce della odierna esperienza, meriterebbero di essere partitamente discussi. Prende invece più specialmente in esame il problema, sotto molti punti di vista arduo ed interessante, del trattamento dei monconi corti di gamba e di coscia, completamente aperti od insufficientemente ricoperti da parti molli, sia recenti, che di vecchia data. Premette che considera monconi corti quelli che non superano i 15-18 centimetri, corti in quanto anatomicamente incompleti e quindi presupponenti un intervento che ne diminuirebbe ancora la lunghezza, mentre, se ben ricoperti da un sufficiente cappuccio di parti molli, monconi di 15-18 centimetri possono essere classificati fra quelli di media lunghezza. Ora quale può essere il nostro contegno di fronte a questi monconi? È stato detto e con ragione che ogni centimetro di moncone nell'arto superiore costituisce un capitale per il mutilato, e nessuno può più recisamente affermarlo degli ortopedici incaricati della reintegrazione protetica, i quali conoscono l'enorme importanza che ha la lunghezza del braccio di leva per la valorizzazione funzionale del moncone.

Reamputazione e anche solo regolarizzazione di monconi di tal fatta presuppone sacrificio ulteriore di un già esiguo capitale funzionale.

Quale è duque la via da seguirsi?

Cade opportuna a questo proposito una distinzione che ha la sua ragione d'essere sulla diversità del contegno terapeutico, distinzione dei monconi corti in monconi *di data recente* e *di vecchia data*.

Come esempio caratteristico dei monconi recenti considera il moncone che consegue ad una amputazione perpendicolare o alla Celso, eseguita da pochi giorni. L'osso affiora più o meno dalla superficie delle parti molli limitatamente retratte ed ancora soffici, elastiche, nutrite.

Monconi di tal fatta, per quanto apparentemene sconfortanti, possono essere ridotti a condizioni funzionali soddisfacenti senza che vi sia d'uopo ricorrere a mezzi cruenti. Questo dice una esperienza abbastanza vasta dell'O., in quanto basata sullo studio complessivo di oltre 1000 monconi. Il mezzo a cui l'O. in tali casi ricorre è quello della trazione elastica applicata con una semplice tecnica: trazione a mezzo di liste di cerotto o di fascie felpate applicate alla cute con adesol ed affidate a tubi di gomma fissi su staffe metalliche di varia foggia, che possono, quando è necessario, permettere la deambulazione.

Diverso invece, e di necessità, deve essere il contegno di fronte ai monconi corti di vecchia data. In questi casi lo scheletro è più o meno prominente da un cono di parti molli ricoperto da granulazioni: le masse muscolari sono atrofiche, stipate attorno all'osso, lignee: la cute terminale è anelastica, spesso scagliosa od alterata dall'azione di secreti irritanti. Vano riuscirebbe ogni tentativo diretto ad ottenere uno scivolamento del cono cutaneo e muscolare sull'estremo scheletrico; vana una resezione economica dell'estremo stesso ed il trapianto peduncolato di un lembo di cute dall'altro arto e tanto peggio un trapianto alla Krause o alla Thiersch. L'O. può affermare l'inutilità di questi mezzi avendoli messi tutti e ripetutamente alla prova. Si riesce a ricoprire la superficie cruenta, ma il moncone resta per sempre insufficiente a qualsiasi azione di contatto e di appoggio. Nulla di più inadatto di queste superfici esulcerantesi ad ogni minimo trauma, di questi monconi da cui nessun apparecchio di protesi è tollerato. S'imporrebbe di necessità la reamputazione, ma con grave sacrificio della lunghezza del moncone. È per ciò che da circa due mesi e in cinque casi l'O. è ricorso ad un metodo che gli sembra razionale, che gli ha dato risultati soddisfacenti e che quindi si permette di suggerire ai colleghi, metodo ch'egli credeva nuovo, ma che la ricerca bibliografica gli ha dimostrato vecchio di molti anni, sebbene generalmente ignoto e inusato. Ecco in che consiste:

1º Resezione dell'estremità ossea debordante dal margine terminale del cono di parti molli.

2º Mobilizzazione di detto margine, quasi sempre grosso, calloso, sclerotico, e sua resezione economica sino a creare una buona superficie di taglio.

3º Preparazione di un lembo a ponte dalla cute del moncone. Il lembo, che comprende cute, cellulare e fascia superficiale, viene scolpito da quella faccia del moncone che è meno sollecitata dalla protesi.

4º Il lembo, che deve essere di tale ampiezza da ricoprire completamente la superficie terminale del moncone, è fatto scivolare su questa sino a chiuderla completamente, ed è suturato con uno dei suoi margini al margine corrispondente della ferita terminale.

5º Per colmare il vuoto lasciato dal lembo, plastica per scivolamento della cute vicina o chiusura in secondo tempo. Per la sutura dei lembi cutanei, che di necessità avviene sotto una certa tensione, servono bene i punti metallici a piastrine.

Il metodo fu già usato in casi singoli da Diffembach, Szimanowsky (1860), Leisrink (1872), Samter (1902) e recentemente, su mutilati di guerra, da v. Rydigyer.

L'indicazione ortopedica nel trattamento delle fratture al campo.

SOLARO GIUSEPPE (Milano. — L'O. si intrattiene sui mezzi d'immobilizzazione e di riduzione delle fratture al campo, in base ad un esame critico della esperienza clinica dell'Ospedale chirurgico « Città di Milano », dove, nel periodo di nove mesi, vennero curate 395 fratture, fra le quali: 31 del braccio, 43 dell'antibraccio e della mano, 58 della coscia, 77 della gamba e del piede, 38 della colonna vertebrale, delle quali 6 sottocutanee per contusione.

*
* *

Che l'immobilizzazione provvisoria durante il trasporto dal primo posto di soccorso all'ospedale da campo costituisca un problema assillante è dimostrato dal grande numero di apparecchi (ferule, doccie, ecc.) studiati e forniti in dotazione alle Unità Sanitarie di prima linea, alcuni buoni, altri meno rispondenti al requisito di efficacia e insieme di semplicità, di poco costo e di facile rinnovabilità.

Una ferula di filo metallico, leggiera, punto ingombrante, poco costosa anche perchè utilizzabile per più individui successivamente, dopo sicura sterilizzazione, si presta tanto al posto di medicazione reggimentale che alla Sezione di Sanità per una efficace immobilizzazione di qualsiasi frattura dell'arto superiore.

Curvata a guisa di doccia esterna, estesa dalla spalla alla mano, serve bene per le lesioni dell'omero e del gomito; ritagliata e piegata ad angolo immobilizza il gomito e l'antibraccio; tagliata ancora più corta riesce adatta per le lesioni dell'estremo inferiore dell'antibraccio e della mano, sia lasciata rettilinea che incurvata a guisa di ferula di Schede.

Quando condizioni speciali richiedano che resti libera la faccia esterna dell'arto, si può anche con questa ferula costruire un triangolo sottoascellare che da un lato si fissa al tronco, mentre sugli altri due si adagiano rispettivamente il braccio e l'antibraccio, apparecchio questo che permette una buona immobilizzazione in casi di lesione della parte alta dell'arto, compresa l'articolazione della spalla, come pure di lesioni multiple e complesse.

Per l'arto inferiore una stecca di legno applicata lateralmente, lunga dalla parete toracica alla pianta del piede, eventualmente con l'aggiunta di una ferula più breve anteriore e posteriore, risolve in modo pratico il problema dell'immobilizzazione provvisoria per lesioni dell'anca e del femore, meglio delle doccie metalliche date ad alcune unità.

Per le lesioni del ginocchio, della gamba e del piede il miglior apparecchio è sempre la ferula del Bassini, di cui l'ospedale « Città di Milano » ha uno speciale modello in lamiera, ma che può facilmente essere costruita in legno sul posto e può essere improvvisata anche con la ferula di filo metallico dianzi consigliata per l'arto superiore.

*
* *

All'Ospedale da campo il fratturato subisce una sosta durante la quale si deve pensare: 1° al trattamento preventivo o curativo di una eventuale infezione; 2° alla riposizione e contenzione della frattura; due provvedimenti per un certo verso antitetici, in quanto il primo ostacola in modo più o meno grave il secondo. È questo un problema che varia da caso a caso, in rapporto non solo alle particolarità delle lesioni, ma anche ai mezzi che si hanno a disposizione e alla possibilità di trattenere il ferito, oppure alla necessità di traslocarlo precocemente.

In generale, non essendo possibile esaurire il trattamento della infezione prima di iniziare quello ortopedico, perchè questo arriverebbe troppo tardi, furono escogitati, per attuarli simultaneamente, procedimenti diversi che si possono raggruppare in due categorie: 1° trazione permanente a pesi; 2° apparecchi fenestrati o a ponte.

La trazione a pesi, sia ad arto esteso alla Volkmann, che a ginocchio in semiflessione alla Hennequin, alla Zuppinger, alla Verschutz, e ad arto sospeso, rappresenta il metodo più semplice, ma non va esente da critiche, per la difficoltà di una diligente sorveglianza in un ospedale da campo e perchè è difficile che il paziente sopporti pesi così elevati quali sarebbero necessarii per la riduzione in caso di forti spostamenti.

Gli apparecchi fenestrati o a ponte servono ad immobilizzare più o meno rigorosamente l'arto, mentre permettono il trattamento aperto del focolaio di frattura, ma sono insufficienti per la riduzione e la contenzione.

Per tutto ciò nell'ospedale in cui l'O. si è trovato, dopo avere esperimentato così la trazione permanente come gli apparecchi fenestrati o a ponte, si è venuti ad un trattamento più rigoroso e più attivo, applicando alle fratture aperte i principii della cura preconizzata fin dal 1901 dal prof. Baldo Rossi per le fratture sottocutanee del femore.

Questa cura consiste, come è noto, nell'applicare un apparecchio gessato comprendente il bacino e tutto l'arto fino al collo del piede, e nell'esercitare sull'arto, così immobilizzato, una trazione permanente per mezzo di cerotti disposti longitudinalmente sulla cute e tesi all'estremità inferiore mediante avvolgimento sopra un perno portato da una ferula di ferro a staffa, che viene incorporata nella parte inferiore dell'apparecchio stesso. L'apparecchio va confezionato previa una imbottitura dell'arto sufficiente a permettere lo scorrimento di questo, per modo che, quando si eserciti mediante una manovella una trazione sui cerotti, l'arto venga stirato verso il basso, mentre l'apparecchio risale fino a prendere punto di appoggio, solido e definitivo, a tutta la radice della coscia e alla cintura pelvica, principalmente in corrispondenza dell'ischio e del pube.

Per adattare il metodo alle fratture per arma da fuoco basta costruire l'apparecchio in modo da la-

sciare scoperto il tratto di arto e la porzione di circonferenza di questo che deve rimanere accessibile alle medicazioni, ciò che si ottiene con fenestrature multiple ed ampie, compensate, nei riguardi della solidità dell'apparecchio, dall'applicazione di archi a ponte.

Per ultimo l'O. ricorda un dettaglio di tecnica che serve molto bene alla confezione di lettini gessati di riposo per lesioni della colonna vertebrale. Si dispone il paziente sopra un asse inclinato, sollevato dal tavolo e fornito di un ampio foro per la introduzione della testa. In questa posizione riesce molto comodo girare le bende circolarmente intorno al corpo per modo da far bene aderire gli strati gessati ancora molli, ottenendo una esatta impronta del dorso. A presa avvenuta si incidono i giri circolari di benda al davanti dell'asse e, staccato l'apparecchio, lo si regolarizza asportando le parti antero-laterali esuberanti.

Proposta di un mezzo semplice per sostituire la fionda nelle amputazioni.

Mariani Carlo (Schio). — L'opportunità di retrattori delle parti molli nelle amputazioni è sentita da tutti. La fionda comunemente improvvisata rende servigi limitati. I retrattori metallici, di cui esistono modelli più o meno complicati, si prestano generalmente a critiche per il loro costo, per la necessità di averne di molte misure per le varie ossa e per altro. L'O. propone di usare un comune piatto concavo di alluminio, con due manici ad ansa, dal quale con un forbicione si è asportata una striscia partendo da un punto qualunque della periferia e fermandosi al centro. Nel caso di amputazioni a livello di arti con due ossa, si praticherebbero con lo stesso sistema due fessure parallele. Nella fessura (o nelle due fessure) si introduce l'osso da amputare: curando che la fessura stessa sia rivolta verso l'alto, al fine di sostenere il moncone, e che la concavità del piatto sia rivolta prossimalmente. Con un panno si chiude poi la parte di fessura che non è occupata dall'osso. L'assistente, tirando sui manici, retrae nel miglior dei modi le parti molli.

Di questi piatti bastano due misure: una per l'arto superiore ed una per l'arto inferiore.

L'O. ha perfezionato lo strumento facendo costruire sullo stesso modello dei retrattori di alluminio più robusti.

Sulla resezione ortopedica del gomito.

Falcone Roberto (Napoli). — Il trattamento tardivo delle storpiature da ferite di guerra, le quali potrebbero ancora essere beneficate da un intervento, deve richiamare l'attenzione del Congresso, e la stessa Autorità Militare deve affrontare questo grave problema, quando si consideri quanti individui, con una semplice operazione tendinea od altre, potrebbero essere restituiti all'esercito e alla società. Nel caso delle anchilosi del gomito, esse, spesso in posizione non corretta, costituiscono delle lesioni irrimediabili senza un intervento, che, dolorosamente, viene quasi mai accettato. Fra varie centinaia di tali lesioni, solamente due casi è riuscito all'O. di operare, praticando la resezione articolare con la interposizione fibrosa, riuscendo a mobilizzare in modo completo l'articolazione. Si è servito del metodo proposto dall'Isaia con lembo posteriore ad U. Però ha creduto di procedere, invece che alla resezione temporanea dell'olecranon, alla resezione definitiva, ricostituendo l'attacco tricipitale con una duplicatura della base del lembo interposto, fissata con punti di seta e metallici sul cubito. Le superfici ossee di resezione furono modellate reciprocamente a forma convessa e concava ed il risultato finale è stato eccellente in quanto gli operati hanno una escursione dall'angolo il più acuto all'estensione quasi completa.

Per la cura conservativa nelle ferite e fratture d'arma da fuoco degli arti in guerra.

Zuccari Federico (Civitavecchia). — La chirurgia di guerra dal presente conflitto d'armi ha tratto notevoli ammaestramenti, specialmente per quanto riguarda la cura conservativa nelle lesioni degli arti prodotte dalle nuove micidialissime armi. Orbene, molte di queste lesioni sono di tale natura che, nonostante la più accurata profilassi praticata sia dal primo momento, dànno luogo a complicazioni così rapide e gravi da disarmare la buona volontà di chirurgi esperti e conservatori. Mentre le pallette di shrapnell producono lesioni non molto dissimili da quelle da pallottola da fucile, sono le scheggie dei proiettili di artiglieria, di bombe a mano e di mine che inducono nei tessuti le più vaste distruzioni, le quali talora reclamano una mutilazione anche sollecita di un arto o di un segmento di arto.

Fra le complicazione che più frequentemente dànno luogo a mutilazioni sono il flemmone gassoso esteso e la cancrena gassosa, raramente le congelazioni, più raramennte il tetano. A prevenire le complicazioni settiche le misure profilattiche vanno adottate fin dal posto di medicazione, perseguite e completate poi presso le Unità Sanitarie di prima e seconda linea.

Il trattamento veria a seconda della natura e dello stato della ferita.

L'O. non divide il parere di chi intende sbrigliare le ferite tutte indistintamente, anche quelle prodotte da pallottole normali di fucile, con fori piccoli, regolari, occlusi da crosta ematica. Ciò va fatto solo quando l'irregolarità dei fori cutanei sta ad indicare l'azione di un proiettile deformato perchè ha colpito per rimbalzo. Le ferite prodotte da questi sono settiche, ma le note della sepsi locale si rilevano quasi sempre nelle prime 24 ore e l'intervento sarà sempre sollecito. Le altre ferite guariscono senza alcun intervento, e non solo quelle degli arti, ma anche le articolari.

La guerra libica prima, l'attuale campagna poi l'hanno dimostrato a sufficienza, e l'O. parla per esperienza personale. Così interventi rapidi e precoci li reclamano le ferite da proiettili di artiglieria, sotto forma di larghi e profondi sbrigliamenti, fatti secondo la disposizione anatomica dei tessuti,

in modo da scoprire tutti i recessi che debbono essere accuratamente detersi e disinfettati, dai quali debbono essere rimossi tutti i corpi estranei, frammenti di proiettili, frustoli, terriccio, ecc. ecc.

Occorre che il ferito sia sollecitamente trasportato in una Unità Sanitaria dotata di apparecchio radiografico per poter procedere subito all'esame più completo della ferita ed agire relativamente ad essa.

Per quanto riguarda la rimozione delle scheggie ossee di frattura, l'O. ha sempre avuto cura di conservare quelle che erano anche molto parzialmente aderenti ai frammenti principali, rimuovendo solo le libere totalmente e proiettate contro le pareti della ferita.

I liquidi antisettici adoperati furono, oltre all'acqua ossigenata, il cloroborol o la soluzione di ipoclorito estemporaneamente preparata.

Preferendo per le fratture complicate degli arti inferiori l'apparecchio ad estensione, dapprima usò quello del Tillaux, ma, poichè per la sua applicazione razionale occorre un letto più adatto che non sia la comune branda dell'ospedale da campo, pensò di adottare un apparecchio semplicissimo a stecca, col quale è riuscito a realizzare contemporaneamente l'estensione e la controestensione con una trazione progressiva graduale senza pesi nè carrucole. Si tratta di una stecca di legno con plantare fisso fenestrato, che non differisce dalla comune stecca del Mac-Ewen se non in questo che è fatta di due parti tagliate l'una nell'altra, distanziabili e ravvicinabili per scorrimento mercè il giuoco di una lunga vite a passo progressivo. All'estremità superiore è fissato un cuneo di legno tagliato a semiluna, che si appoggia e si fissa sulla cresta iliaca. Un'ansa di cerotto alla Crosby passata per le fenestrature del plantare rimonta coi suoi due capi in alto sulle facce laterali dell'arto poco al disopra della sede della frattura, e, stirata dall'allontanamento della parte inferiore della stecca, realizza sui frammenti di frattura la stessa trazione dell'apparecchio del Tillaux, senza però il concorso dei pesi.

La stecca, oltre ad esercitare la estensione e la controestensione, fissa ed immobilizza l'arto anche senza l'aggiunta di sostegno posteriore. Purtuttavia quattro cravatte o un largo giro di benda sostengono meglio l'arto e l'apparecchio. Questo, che può essere definitivo nelle fratture chiuse di coscia, ha una applicazione temporanea in quelle esposte e suppuranti. Il suo impiego cesserà quando l'allungamento desiderato sarà ottenuto, e quando la suppurazione della ferita sarà attenuata. Allora si sostituisce ad esso un apparecchio gessato fenestrato, che si lascierà in sito fino alla consolidazione della frattura.

L'O. ha ridotto gli apparecchi gessati alla più semplice espressione, servendosi di fascie gessate, cartone, filo di ferro, e mai di gesso figulino o tarlatana, perchè il primo in campagna è difficilissimo averlo anidro e di buona presa. Tali apparecchi, che alla solidità e alla semplicità accoppiano il pregio di realizzare una contenzione perfetta della frattura, permettendo al tempo stesso la pratica delle frequenti medicature senza bisogno di rimuoverli, sono senza dubbio i migliori, e da preferirsi perciò negli ospedali da campo come mezzi atti a concorrere alla chirurgia conservativa degli arti nelle ferite e fratture d'arma da fuoco di guerra.

Seguito della discussione sulla cura delle ferite di guerra.

ALESSANDRI. — Per invito del presidente ha formulato in un ordine del giorno da sottoporre alla approvazione dell'assemblea le idee espresse nella precedente seduta sulla cura delle ferite di guerra:

La Società Italiana di Chirurgia, udite le comunicazioni e la discussione sulla cura delle ferite da proiettili di guerra, ritiene opportuno stabilire il principio che nella massima parte di queste ferite, e sopratutto in quelle da proiettili di artiglieria e simili, sia necessario che i feriti il più precocemente possibile abbiano un soccorso chirurgico definitivo, che deve sempre essenzialmente consistere in una larga apertura del tramite della ferita, nella detersione meccanica più completa possibile di esso, con esportazione dei corpi estranei e dei tessuti pesti o mortificati. Occorre quindi che il trasporto dei feriti sia fatto il più rapidamente che si può in unità sanitarie dove i feriti possano trovare i mezzi adatti e chirurgi esperti, capaci di praticare esattamente simili interventi.

(L'ordine del giorno viene messo ai voti per alzata di mano ed accoglie la grande maggioranza dei suffragi).

NOVARO. — Esprime l'opinione che il trattamento avuto dai feriti nei primi posti di medicazione e di soccorso influenzi tutto l'andamento ulteriore ed afferma che molto migliore sarebbe stata la sorte dei nostri feriti se al fronte fossero stati mandati chirurgi veri: invece per una gran parte i chirurgi del fronte furono improvvisati. Sarebbe necessario riorganizzare quindi il servizio sanitario al fronte in modo che tutti i feriti possano avere le cure più opportune. Critica le ambulanze chirurgiche mobili di Armata, che, dato il carattere di guerra di posizione che ha l'attuale guerra, non sarebbero necessarie: riterrebbe più utile aumentare di numero, migliorare di qualità e tenere più avanzati gli ospedaletti da campo di prima linea.

(Le parole del prof. Novaro vengono frequentemente interrotte dall'assemblea con proteste sull'apprezzamento del valore dei chirurgi militari, così che a sedare il vero tumulto alla fine scatenatosi il generale medico, prof. Lorenzo Bonomo, prende la parola).

BONOMO. — I giudizi e le considerazioni che ha uditi non favorevoli agli ordinamenti e al funzionamento dei servizii sanitarii di guerra, espressi da uomini autorevoli per il loro sapere e per l'elevata posizione scientifica in questo Congresso dedicato alla chirurgia di guerra, fanno obbligo all'O. di prendere la parola in omaggio alla verità e per dissipare ogni dubbio, ove possa apparire, sul regolare andamento di uno dei più importanti servizii dell'esercito mobilitato.

Avendo avuto l'onore di essere a capo dei servizii sanitarii della IIIª armata per lungo periodo di tempo, nel quale si svolsero intense e gloriose offensive, ed in principio della guerra in condizioni igienico-epidemiche preoccupanti, può testimoniare che in tutte le circostanze, nelle varie fasi della guerra, i servizii sanitarii presso le truppe operanti, in quelli di primo soccorso ai feriti, ai posti di medicazione e alle sezioni di sanità, negli ospedali da campo di prima e seconda linea, sui treni sanitarii, nei gabinetti scientifici largamente distribuiti fin nelle zone avanzate, nelle stazioni di profilassi e di pulizia, si svolsero e si svolgono nel modo più lodevole, così che è stato possibile un largo recupero di feriti, restituiti direttamente ai reparti di loro provenienza ed ai centri di rifornimento in zona di guerra.

Non può citare la cifra che si raggiunge nella terza armata: essa corrisponde a circa il 50 % degli infermi passati per gli ospedali da campo.

Questo risultato rappresenta un titolo di benemerenza del servizio sanitario, fattore di disciplina e cooperante alla difesa dell'Esercito mobilitato e alla fortuna delle armi. Segnala questa importante funzione del servizio sanitario ad onore di tutti gli ufficiali medici, i quali tanto nella zona di guerra come in quella territoriale in ogni circostanza compiono validamente e fedelmente il loro dovere da uomini di scienza e da soldati degni della patria.

Intende parlare non soltanto degli ufficiali medici effettivi del Corpo sanitario Militare, ma altresì di tutti i medici italiani, i quali dall'insegnamento universitario, dall'esercizio civile anche volontariamente tralasciando gli agi e i vantaggi della vita privata, abbracciando con la divisa tutti i doveri del grado dànno prova di disciplina e di spidito di sacrifizio.

Chi ricorda, come l'O. ricorda, le notti operose nelle quali gli ufficiali medici si spingevano sotto il tiro dell'artiglieria nemica nel pietoso lavoro di raccolta dei feriti ed il lavoro incessante e febbrile nelle sezioni di sanità e negli ospedali da campo, ai quali affluivano colonne di autoambulanze, ha tutta la visione della utilità del nostro servizio e della sua forte organizzazione. Non è sorto mai il sole il dì seguente a quello in cui avvenne il combattimento senza che l'ultimo ferito non fosse stato raccolto, munito della prima medicazione e trasportato con la maggiore sollecitudine agli ospedali da campo. In questi hanno sempre trovato quel soccorso chirurgico che apprendemmo nelle nostre scuole e che l'esperienza della guerra ci ha insegnato.

Se manchevolezze vi furono, ciò che è nella natura delle cose umane ed è spiegabile in un campo di azione vastissimo, esse non diminuiscono i meriti di una vasta organizzazione fatta di mezzi materiali i più moderni largamente forniti dal Ministero della Guerra, dell'Intendenza generale, dalle Intendenze di Armata, dalla benemerita associazione della Croce Rossa, fatta di uomini di scienza e di coscienza, sempre animati da forte spirito di sacrificio e da concorde cooperazione di volontà.

Da questo Congresso, onorato dalla presenza dei più illustri maestri della Chirurgia Italiana, non severi ammonimenti, ma un voto di approvazione deve essere emesso per le nostre organizzazioni sanitarie mobilitate e di plauso per tutti quelli che in esse lodevolmente operano. Vada il nostro pensiero reverente alla memoria dei nostri colleghi caduti nel compiere la più alta missione umana. (*Applausi ripetuti*).

BASSINI. — Espressa la propria approvazione su quanto il prof. Bonomo ha detto, aggiunge che non basta inviare al fronte dei chirurgi valenti, ma occorre che questi abbiano degli ottimi aiuti, con cui si trovino in completo affiatamento: occorrono cioè delle Unità chirurgiche nel senso vero della parola, quali sarebbero state le Cliniche Universitarie ed i maggiori Ospedali se, come ne venne fatta proposta al principio delle ostilità, se ne fosse fatta la mobilitazione.

NOVARO. — Non ha inteso negare il valore e l'abnegazione dei colleghi al fronte, ma soltanto affermare che al fronte non esistono le organizzazioni chirurgiche ch'egli crederebbe utili.

BONOMO. — Dopo le parole del prof. Bassini, a complemento del proprio pensiero e in risposta al maestro, aggiunge che realmente è inteso il bisogno di rendere efficace l'opera chirurgica, specie per gli interventi nelle ferite cranio-encefaliche e addominali. Sarebbe desiderabile che a disposizione dei Comandi di Sanità d'Armata fossero i professori universitarii di chirurgia con i loro assistenti: nei giorni di azioni intense essi si porterebbero là dove più richiesta e più utile sarebbe l'opera loro, per tornare alle cliniche o negli ospedali territoriali nei momenti di riposo.

BASTIANELLI. — Propone di troncare questa discussione sulla organizzazione sanitaria e di passare alla discussione sulle comunicazioni fatte circa le ferite con lesioni delle ossa e delle articolazioni.

Dott. L. C. ZAPELLONI.

Reale Accademia medico-chirurgica di Napoli.

(*Adunanza pubblica ordinaria del* 25 *marzo* 1917)
Presiede il Presidente prof. DE GIAXA.

Un nuovo metodo semplificato per l'identificazione dell'acido picrico nelle urine.

Il socio aggregato prof. FERNANDO ARENA, dopo una rapida rassegna su tutto quanto si è detto sinoggi sopra questa forma di pseudo-ittero, ch'egli chiama itterizia picrica, e dopo di aver citato tutti gli svariati e spesso assai complessi metodi pubblicati per l'identificazione dell'acido picrico nelle urine, descrive il suo metodo semplificato, quello stesso che fu impiegato, ben si può dire, per la prima volta in Italia, per sventare il primo caso d'itterizia picrica, occorso nell'Ospedale militare principale di Napoli, ed additato per la perspicace osservazione del prof. Corrado, allora in servizio quale capo reparto. L'urina sospetta, acidificata con alcune gocce di acido solforico concentrato, lascia fissare sulla lana sgrassata, in essa immersa e lasciata per qualche ora, l'acido picrico, se presente. La lana quindi è trattata con pochi cmc. di ammo-

niaca concentrata a caldo; aggiungendo poi a questa uno o due cmc. di soluzione al 2 % di citrato di ferro (rosso o verde) ammoniacale, in modo che i due liquidi non si mescolino; nella zona di contatto si produce immediatamente un magnifico, caratteristico anello rosso, dovuto a formazione di acido picraminico.

Il metodo è assai rapido, semplice e sicuro; la reazione non è data da altri cromogeni di sostanze medicinali, eventualmente ingerite, nè è disturbata dalla presenza di altri pigmenti patologici (pigmenti biliari, ecc.).

L'ambrina nelle scottature.

Prende quindi la parola il socio aggregato professor dott. GIOVANNI NINNI, per fare la sua comunicazione su *L'ambrina nelle scottature*. L'Autore, constatato che le diverse medicature usate nelle scottature riescono dolorose, lunghe e spesso inefficaci, dice che apprese con soddisfazione, da una corrispondenza sui giornali dell'on. prof. G. Sanarelli, che nell'esercito francese veniva sperimentato un nuovo medicamento, chiamato *ambrina* e proposto dal dott. Barthe, con risultati prodigiosi.

Pensò allora di adoperarlo in alcuni infermi ustionati ricoverati nell'ospedale dei Pellegrini; ma non potendo ottenerlo, nè farlo preparare, essendo tenuta ancora segreta la formula di composizione, si rivolse al chimico prof. E. Cutolo, il quale riuscì a preparare coi pochi dati resi di pubblica ragione, un medicamento composto di speciali paraffine e di essenze resinose, dandogli il nome di *Ustiosan*.

Dagli esperimenti instituiti dal prof. Ninni, fin dal 1° dicembre u. s., su sette malati di gravi ed estese scottature, risulta in modo evidente, che esso è dotato di virtù anestesiche, antisettiche, stimolanti sui tessuti e protettrici, mercè le quali le medicature riescono del tutto indolori, le infezioni sono sicuramente scongiurate, la guarigione viene di molto accelerata, e le cicatrici non riescono per nulla deformanti.

Il socio ordinario prof. G. MIRANDA aggiunge, che avendo avuto una piccola quantità di ambrina venuta da Parigi a sua disposizione, l'ha usata su due soldati ustionati ricoverati nei locali della sua Clinica, e ha ottenuto risultati molto soddisfacenti.

Presenta uno degli infermi curati con l'ambrina.

Sul servizio antropologico e medico-legale nelle carceri giudiziarie.

Infine il socio aggregato prof. GIUSEPPE DE CRECCHIO illustra, col corredo di numerose fotografie, quello che egli ha fatto nelle carceri giudiziarie di Napoli, nella sua qualità di Direttore del servizio di Antropologia e medicina legale, da lui stesso fondato. Egli rivendica alla Scuola napoletana il merito di avere, prima in Italia, potuto fondare un vero e proprio Laboratorio di Antropologia criminale.

Il socio ordinario Senatore prof. E. DE RENZI ricorda il nome di Pasquale Penta, che in seno di questa Accademia fece, su argomenti analoghi, importantissime comunicazioni.

Il prof. DE CRECCHIO aggiunge, in risposta al Senatore De Renzi, che egli ha tanta venerazione per l'opera a suo tempo spiegata dal Penta, che vuole intitolare al nome di lui la sezione antropologica e medico-legale fondata nelle Carceri giudiziarie di Napoli.

S.

Accademia delle Scienze mediche e naturali di Ferrara.

Seduta del 30 novembre 1916
Presidenza: G. BOSCHI.

Contributo all'anatomia patologica degli itteri infettivi (ittero pneumococcico - ittero tubercolare).

ZAMORANI MARIA. — Nell'ittero da pneumonite i principali fattori patogenetici sono da ricercarsi nella degenerazione delle cellule epatiche e nei fenomeni emolitici causati dall'azione diretta dal pneumococco sulle emazie. Non è però escluso l'intervento di qualche altro fattore ancora ignoto. Nell'ittero tubercolare accanto alla forma emolitica descritta da Jona conviene riconoscerne un'altra prodotta dalla degenerazione acuta delle cellule epatiche.

In ambedue questi casi furono riscontrati rapporti molto intimi e degni di studio tra il pigmento biliare ed i lipoidi contenuti nelle cellule epatiche.

Dott. GIOVANNI PISTOCCHI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Turbercolosi del miocardio.

Per Reim (*Berl. Klin. Woch.*, n. 24, 1916) le alterazioni tubercolari croniche del miocardio costituiscono una grande rarità, al contrario della tubercolosi miliare. Dopo le ricerche di Weigert si ammette che i tubercoli miliari nel miocardio sono un reperto frequente nella tubercolosi miliare generale.

I noduli, siano essi sottoendocardici o situati negli strati profondi del miocardio, si sviluppano per via ematogena embolica. Da questi debbono essere distinti i veri tubercoli endocardici, che debbono attribuirsi a deposizioni di bacilli tubercolari del sangue del cuore sull'endocardio.

Come i tubercoli dell'intima possono essi costituire il punto di partenza di una tubercolosi miliare. In generale le alterazioni tubercolari croniche del miocardio sono rare e si presentano o come singoli grandi tubercoli conglomerati, o come nodi molteplici, o sotto la forma di una miocardite caseosa diffusa. Per lo più le affezioni tubercolari del miocardio seguono a pericarditi tubercolari; non di rado le ghiandole linfatiche mediastiniche caseificate costituiscono il focolaio primitivo. In rari casi la tubercolosi cronica del cuore si svolge per via ematogena.

L'osservazione del Demme di una tubercolosi primitiva del miocardio è unica nella letteratura medica.

L'autore riferisce un caso di tubercolosi cronica del miocardio, svoltasi per via ematogena. Si trattava di una ragazza di 14 anni, una sorella della quale soffrì di scrofolosi. Niente di notevole dal lato ereditario e nell'anamnesi remota fino al giugno 1914, epoca nella quale si constatò una tumefazione nella parte esterna della coscia destra, dalla quale colla puntura esplorativa si estrasse del pus tenue (ascesso freddo). Negli apici polmonari posteriormente lieve ipofonesi con espirazione prolungata: non tosse, nè escreato. Quasi ad un anno di distanza rientrò all'Ospedale per carie vertebrale; aveva febbre serotina, che raggiungeva i 38°, e da ultimo piaghe da decubito al dorso, paresi sempre più notevole del braccio sinistro, completa incontinenza di urina e feci, finchè nel giugno 1915 venne a morte, senza aver mai presentato alcun disturbo a carico degli organi circolatori.

All'autopsia le ghiandole linfatiche mediastiniche sono piccole, dure, con superficie di sezione diffusamente grigia. Nessuna aderenza del pericardio, liscio e splendente. Cuore non ingrandito: sulla superficie anteriore del ventricolo sinistro, un po' al disopra della punta, fa prominenza un nodo duro, della grandezza di una noce, che si approfonda fin quasi all'endocardio. Nell'interno del nodo si scorgono focolai gialli, rammolliti, friabili, mentre alla periferia il tessuto assume un carattere più cotennoso e lardaceo. Niente altro si riscontra di notevole a carico del miocardio, delle valvole e dei vasi. Nel lobo inferiore del polmone sinistro si trova un focolaio caseoso, grande come una mela: esso giace al di sotto della pleura, che quivi aderisce alla pleura costale e colla V^a costa, già distrutta da masse caseose. Nel polmone destro qualche nodulo miliare, grigiastro. I corpi della XII^a vertebra dorsale e della I^a lombare sono completamente infiltrati da masse caseose, che si estendono fino alla dura madre, e comprimono il midollo, senza infiltrarlo.

Al tavolo anatomico si rinvenne quindi: Tubercolo solitario del miocardio, vecchie aderenze pleuriche, focolaio caseoso nel lobo inferiore del polmone sinistro, carie della V^a costa, tubercoli miliari nel polmone destro, tumore infettivo della milza, fegato da stasi e grasso, tubercoli miliari nei reni, carie della XII^a dorsale e I^a lombare, tubercolosi della dura madre spinale, compressione del midollo lombare, struma colloideo.

Può apparire strana la mancanza di disturbi da parte degli organi circolatori. Bisogna però da un lato pensare che alterazioni anche molto più gravi possono decorrere senza manifestazioni cliniche minacciose e dall'altro che nel caso in esame la maggior parte del miocardio era del tutto immune da qualsiasi processo patologico.

P. C.

La forma benigna della tubercolosi miliare.

L. von Maralt (*Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte*, 15 aprile 1916) descrive due casi che dimostrano la possibilità di tubercolosi miliare sviluppantesi a forma cronica benigna.

Nell'uno si trattava di un medico di 35 anni (che aveva nell'anamnesi solo il ricordo di una pleurite a 22 anni), nel quale, dopo un periodo di superlavoro in un Sanatorio, si sviluppò insidiosamente una pleurite con versamento. Quindici mesi dopo si manifestò una tuberco-

losi miliare acuta con inizio tempestoso, ma che però si mitigò ben presto assumendo un decorso benigno. Vi era un contrasto caratteristico fra il reperto radiologico ed il buono stato generale. Dopo due anni si ebbero due tumori tubercolari allo scroto, per cui fu necessaria l'operazione e, più tardi, degli analoghi tumori nel midollo spinale ed allungato, uno dei quali condusse a morte. Sembra che i tumori nei centri nervosi accompagnino di frequente la tubercolosi miliare.

L'altro caso rifletteva una giovane donna che presentava con tubercolosi miliare acuta e sudori notturni, dei sintomi di un tumore cerebrale. Si ritenne conveniente di non operare: la morte intervenne un anno dopo. FIL.

TERAPIA.

Di un nuovo rimedio contro il tracoma.

Il dott. Sculco, Direttore del laboratorio micrografico municipale di Catanzaro, avrebbe rilevato che un fermento chimico estratto con uno speciale processo della *Nepeta citriodora* (ordine delle Tubiflore, famiglia delle Dicotiledoni), mescolato a resine ed a glucosidi contenuti nel *Tirnus serpillum* e *Salvia officinalis* e conservato attivo in un mestruo vegetale pulverulento secco, spiegherebbe spiccate qualità curative contro il tracoma. E tali proprietà terapeutiche sarebbero più notevoli, anzichè nelle forme iniziali di tracoma, in quelle antiche con granuli *paille*, panno corneale crasso ed infiltrati corneali, che verrebbero guariti completamente in poche medicature col medicinale in parola.

Il rimedio è di applicazione facilissima; basta difatti versare, dopo cocainizzazione, la quantità di esso contenuta in un tubetto (20 milligr. circa) in modo più o meno uniforme sulle congiuntive a palpebre rovesciate e tener dopo fasciato l'occhio per due ore o più, a seconda della tolleranza dell'infermo e della gravità del caso. Indi si toglie la fasciatura, si rovesciano le palpebre, si toglie il grosso della polvere con un po' di ovatta sterile e poscia si lavano le congiuntive con acqua sterile tiepida, badando che non rimangano residui del medicinale, che potrebbero irritare l'occhio.

Le applicazioni del rimedio vanno fatte quotidianamente per 5 giorni nei casi ordinari ed anche per 7 nei casi gravissimi con proliferazioni eccessive e panno. In seguito si praticheranno ogni 2-3 giorni sino a quando la secrezione sarà del tutto cessata e le congiuntive non si saranno completamente liberate dei granuli.

Il medicinale può usarsi anche in forma di pomata, nei casi di infiltrati e di ulceri asteniche corneali.

Infine detto medicinale sarebbe del tutto innocuo. TRAMONTI.

MEDICINA SOCIALE.

La protezione della donna incinta.

Dopo scoppiata la guerra attuale, si sono nutrite molte preoccupazioni relative alla natalità. La stampa medica e quella politica hanno richiamato l'attenzione sull'importanza delle misure di tutela prima della nascita, alla nascita e durante i primi giorni del neonato.

Prima della nascita, il bambino non può subire altre influenze che per l'intermediario della propria madre: tutto ciò che tende a migliorare la salute della madre aumenta le probabilità di vita e di salute del nascituro. La società deve sforzarsi pertanto di fornire alla madre un'alimentazione sana, d'impedire che essa sia impiegata in lavori troppo pesanti ed insalubri, di mantenerla in buone condizioni igieniche.

Per quanto riguarda le malattie della gestante, capaci di mettere in pericolo la vita del bambino, la maggior parte dei sintomi sono troppo fastidiosi perchè la paziente non manchi di presentarsi negli ambulatori delle Maternità che attualmente esistono in tutti i grandi centri, e se il caso lo esige, la donna è accolta alla Maternità.

Secondo A. Donald (*The British Medical Journal*, n. 2897, 1916) non è oggi il caso di occuparsi in modo speciale delle donne che prima della gravidanza hanno contratta la sifilide, la quale è la causa più frequente dell'aborto e del parto prematuro, poichè le misure profilattiche che sono state adottate in Inghilterra conformemente al Rapporto della Commissione Reale per le malattie veneree sono molto efficaci.

L'A. opina che la sorveglianza di tutte le donne incinte apporterebbe delle gravi difficolà senza adeguati compensi: il numero dei bambini che tale misura potrebbe salvare sarebbe relativamente esiguo. Nel maggior numero dei casi, la morte del feto deriva da cause estranee alle malattie della gravidanza: l'aborto e la morte del bambino durante il travaglio stanno in prima linea. Bisogna tener presente che la sterilità, assoluta o relativa, esercita una considerevole ripercussione sul tasso di mortalità.

L'A. non approva le misure proposte dal dott. Moore in una memoria pubblicata in *The Lan-*

cet del 6 maggio 1916. Moore, basandosi sui risultati ottenuti da M. Morel a Villiers-le Duc (in Francia), preconizza la denunzia della gravidanza prima del settimo mese al Comune e l'assistenza obbligatoria per la donna incinta indigente. Una donna «visitatrice» appartenente al Servizio Sanitario municipale visita la donna incinta e riempie un formulario che comprende, fra l'altro, lo stato dell'alloggio, le condizioni economiche, la anamnesi *grosso modu* della paziente e quella del marito; le risposte vengono comunicate ad un medico, designato dalla stessa donna incinta, il quale adotta le misure che ritiene indicate.

Misure del genere sono state adottate dalle autorità sanitarie di Huddersfield (Inghilterra).

L'A. critica pure le proposte del dott. Bellantyne, il quale preconizza la denunzia obbligatoria della gravidanza prima del quarto mese: lo Stato — egli dice — può rendere obbligatoria la denunzia, ma non mai forzare una donna a sottoporsi alla visita di un'inviata dal Servizio Sanitario, nè prestarsi all'inchiesta.

Macdonald ritiene che la spesa necessaria per mettere in pratica tutte queste nuove norme potrà essere meglio utilizzata sotto forma di sussidi alle Maternità esistenti. Se ne possono creare di nuove, là ove mancano, principalmente nelle campagne. Preconizza inoltre la educazione igienica della donna incinta; un migliore insegnamento impartito alle levatrici; una pratica ostetrica più completa e disciplinata di quella che attualmente viene richiesta ai giovani studenti di medicina; la possibilità per il medico pratico di perfezionarsi nella pratica ostetrica, facilitandogli il tirocinio nelle Maternità e la frequenza ai corsi post-universitari; l'istituzione nelle Maternità di laboratori, cui verrebbe specialmente affidato lo studio dei problemi di patologia attinenti all'aborto ed alla morte del feto. R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(821). *Ritardata estrazione dei denti nella piorrea alveolo-dentaria.* — Nella piorrea alveolare, il ritardare l'estrazione dei denti può portare come conseguenza un' osteo-periostite delle ossa mascellari e palatine, capace di persistere per mesi e mesi dopo l'eseguita estrazione, dando luogo a disturbi gravi del cavo orale, come persistente gonfiore delle gengive e del palato, dolori acuti spontanei e provocati? A produrre questi fatti patologici può concorrere il rallentamento della nutrizione, lo stato uricemico? Quali cure possono adottarsi con successo contro i sopraccennati disturbi, sì da poter finalmente applicare una dentiera artificiale? Dott. Antonio Carincola (abb. 4408).

La ritardata estrazione dei denti nella piorrea alveolo-dentaria non può produrre i gravi disturbi, a cui Ella accenna, neanche in individui uricemici. Dopo estratto il dente affetto da piorrea alveolo-dentaria cessa il processo purulento e la gengiva cicatrizza abbastanza rapidamente. Se l'osteo-periostite delle ossa mascellari o palatine, il persistente gonfiore delle gengive o del palato e i dolori acuti si manifestano dopo l'estrazione di un dente, nella regione in cui il dente venne estratto, questi sintomi non sono da attribuirsi alla piorrea alveolo-dentaria, ma forse alla presenza di qualche sequestro alveolare causato da ascesso periradicolare pregresso. Nell'estrazione di denti affetti da piorrea alveolo-dentaria è quasi impossibile che avvenga una frattura, sia della radice del dente, come dell'alveolo, anche se l'estrazione viene eseguita da persona inesperta, perchè il dente è tentennante, l'alveolo quasi distrutto e quindi l'estrazione richiede un impiego di forza minimo. Solo in rari casi la piorrea alveolo-dentaria può produrre ascessi e fistole, che potrebbero eccezionalmente determinare la formazione di sequestri alveolari o mascellari. Nel caso in cui si manifestassero le suaccennate complicazioni post-operatorie bisognerebbe dunque assicurarsi se esiste qualche sequestro osseo ed asportarlo per poter ottenere la guarigione. La complicazione che si osserva invece frequentemente dopo l'estrazione di denti affetti da piorrea alveolo-dentaria consiste in un accesso di febbre, talvolta abbastanza alta, ma di breve durata, causata dall'assorbimento del pus sempre presente negli alveoli piorreici. A. Chiavaro.

(822). All'abb. n. 5179:

Ella potrà trovare le notizie, che le occorrono, nel libro «Il pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare» di G. Breccia, Libreria Rosenberg e Sellier, via M. Vittoria, 18, Torino. Un volume in-8°, di circa 500 pag., L. 15. Az.

(823). Al dott. G. Borsarelli, Zona di Guerra, suggeriamo:

C. Cassioli, *L'Ostetrico Pratico;* 1 vol. di pagine 250; Roma, Stab. Cromo-Lito-Tip. E. Armani, 1917, L. 15.

R. Cinaglia, *Compendio di Ginecologia Moderna;* presso l'Amministrapione del «Policlinico», Roma. 1913 (dono agli abbonati).

T. Rossi-Doria, *Ostetricia Moderna,* id. id., 1917. L. T.

VARIA.

Provvedimenti della Svizzera sui consumi.

Il nostro Commissariato Generale comunica una serie di provvedimenti presi dalla Svizzera sui consumi per fronteggiare la situazione internazionale.

Un primo decreto proibisce la vendita del pane fresco.

Un secondo proibisce l'impiego della farina per altri scopi che non siene la fabbricazione di alimenti. L'impiego di farina per misture destinate al bestiame è specialmente vietato.

Un terzo decreto limita la compera delle derrate alimentari ai bisogni strettamente normali e sancisce pene per gli accaparratori.

Un quarto stabilisce che i generi monopolizzati dal Governo Federale verranno distribuiti ai Governi Cantonali in ragione dei bisogni di ciascun Cantone. Le distribuzioni avranno luogo mensilmente.

Il Governo raccomanda la più grande parsimonia nell'impiego delle derrate alimentari, pur aggiungendo che non esistono per ora ragioni di seria inquietudine. L'importazione delle derrate alimentari più necessarie, quali cereali, riso e zucchero, è già da tempo monopolizzata dal Consiglio Federale, il quale provvederà a mettere in circolazione la quantità necessaria per soddisfare ai bisogni dei consumi interni, prelevandone sulle disponibilità esistenti. Si pensa che queste riserve possono bastare per parecchi mesi. Inoltre la produzione indigena della carne, del latte e dei latticini basta a soddisfare i bisogni del paese.

I capi dei Dipartimenti Cantonali dell'Agricoltura si sono a loro volta riuniti ed hanno adottato provvedimenti per estendere ed intensificare la produzione agricola, sopratutto dei cereali, dei legumi e delle patate. Venne preso anche in esame il problema della mano d'opera agricola e vennero iniziate trattative col Comando militare per le licenze da accordarsi ai coltivatori sotto le armi nell'epoca delle seminagioni e della raccolta.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

G. ROUSSY e J. BERTRAND. *Travaux pratiques d'anatomie pathologique.* Un vol. rilegato in tela, di oltre 200 pag., con 106 fig. Masson et C.ie ed., Paris 1917. Prezzo L. 6.

Gli AA., in 14 sedute, passano in rivista l'istologia patologica dei diversi apparecchi ed organi, dedicando l'ultima ai tumori, ulceri, infiammazioni. In ogni capitolo, la prima parte tratta la diagnosi dell'organo, che si presenta sotto al microscopio; vengono in seguito descritte analiticamente le alterazioni, che si notano e che vengono poi sintetizzate nella diagnosi della lesione.

Nei soliti manuali, anche in quelli forniti di tavole policrome attraenti, vengono sì descritte le singole alterazioni, ma anche con la loro guida, chi non conosce a fondo la materia si trova, all'atto pratico, disorientato e non che fare una diagnosi anatomo-patologica, spesso non riconosce nemmeno l'organo. Il preparato è un libro aperto, ma scritto in una lingua ignota per il profano: gli AA. in modo chiaro ed ordinato e col sussidio delle numerose figure insegnano allo studioso a leggerlo ed interpretarlo. Con il loro aiuto il medico pratico, anche senza la pretesa di fare l'istopatologo, potrà fare le diagnosi correnti. Questo libro è anche consigliabile ai concorrenti per i posti di assistenti nei laboratorî di igiene, per i quali appunto, uno dei capitoli d'esame è la lettura di un preparato microscopico.

A nostro parere sarebbe utile che gli AA., con l'acuto senso pratico che li distingue, aggiungessero una trattazione breve, quasi schematica della tecnica istologica utile per l'istopatologia, sembrandoci insufficienti le brevi note a ciò destinate. FILIPPINI.

Prof. S. BELFANTI, prof. L. VIGANÒ, dott. A. ORSI. *Dei sieri, vaccini e prodotti opoterapici.* Un vol, rilegato in-16° di pag. 325. Istituto Sieroterapico Milanese, 1916.

L'I. S. M. ha raccolto in questo libretto le nozioni più importanti sull'uso dei sieri, vaccini e prodotti opoterapici. Alla parte generale di ogni capitolo, segue la parte speciale, con le applicazioni pratiche. Vengono da ultimo trattati alcuni medicamenti d'origine animale (lecitine, fermenti, ecc.) ed i colloidi inorganici. Il medico pratico trova in questo libro riassunti i punti principali di questa branca della terapia feconda di risultati e di promesse.

FIL.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MARMO SERAFINO. Sostituzione spontanea di spalla alla testa in sopraparto, Napoli, 1917.

FEDERICI NICOLINO. Rilievi sulla ricerca ed estrazione di proiettili d'arma da fuoco dalle masse muscolari e sul decorso delle lesioni consecutive. — Milano, 1916.

SPIRITO FRANCESCO. Pinza Michel perfezionata e portaghi. — Napoli 1915.

SPIRITO FRANCESCO. Sulla reazione di Moriz-Weisz in ginecologia. — Napoli 1914.

ROLLESTON H. D. Cerebro-spinal Fever in the Royal Navy (August 1st, 1915-July 31st, 1916). — 1917.

ROSSI GIACOMO e ZAPPA EMILIO. Ricerche sperimentali sull'aereazione delle culture batteriche e sulle applicazioni di tale pratica. — Portici, 1915.

PELLEGRINI RINALDO. Sulle lesioni anatomo-patologiche da gaz asfissianti. — Milano, 1916.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

La riscossione delle spese di spedalità a carico dei Comuni.

La *Gazzetta Ufficiale* pubblica un decreto luogotenenziale, il quale dispone all'art. 1°:

« Se i Comuni non provvedano, nel termine di due mesi dalla notificazione del relativo provvedimento, al pagamento delle spese di spedalità poste a loro carico dalle Giunte provinciali amministrative, dal Ministero dell'interno, o dalla Vª Sezione del Consiglio di Stato, a norma dell'art. 80 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, modificato col decreto luogotenenziale 2 dicembre 1915, n. 1847, potranno le amministrazioni creditrici richiedere al prefetto della Provincia, cui appartiene il Comune debitore, che emetta coattivamente l'ordine di pagamento.

« Il prefetto accerta la sussistenza delle circostanze sopra accennate, provvede, ove occorra, alle necessarie allocazioni di ufficio nel bilancio comunale ed emette l'ordine di pagamento.

« Tenuto conto dell'entità del debito e delle condizioni finanziarie del Comune, può disporre che il pagamento sia effettuato in diverse annualità, non però superiori a cinque, e limitare di conseguenza l'ordine all'annualità dell'esercizio in corso ».

Applicazione del diritto di Costituto Sanitario.

Intorno all'applicazione di questo diritto sanitario istituito dalla legge 16 luglio 1916, n. 947, il Ministero ha diretto ai Sigg. Prefetti delle provincie marittime la seguente Circolare:

« A soluzione dei quesiti da diverse parti mossi in proposito, questo Ministero ha, di concerto con il Ministero della Marina, ritenuto che:

1° tutte le navi, provenienti dall'Estero, che approdano in un porto dello Stato, debbono essere di regola assoggettate al pagamento del diritto di costituto sanitario di cui all'art. 4 della legge 16 luglio 1916, n. 947, nella misura da qusto stabilita, abbiano o non compiuto operazioni di commercio;

2° il diritto di costituto non è invece dovuto dalle navi, provenienti dall'estero, che, approdano ad un porto del Regno, se si limitino a consegnare la posta, restando in contumacia;

3° il limite di cui alla lettera *b*) della legge 16 luglio 1916, n. 947, va osservato anche in confronto delle navi di cui alla lettera *a*) di detto articolo, nel senso che quando l'ammontare del diritto di costituto da applicarsi ad una nave proveniente dall'estero, se calcolato in base alle norme della predetta lettera *a*), verrebbe ad essere inferiore a lire due, esso deve applicarsi in questa cifra.

« Si pregano le SS. LL. di tenere presente quanto sopra, per opportuna norma loro e degli uffici dipendenti, a complemento della circolare 15 agosto 1916 ».

Per la cura dei militari tubercolotici.

Avendo il Ministero della Guerra concretati speciali provvedimenti per la profilassi antitubercolare nell'esercito, nonchè per la diagnosi e la cura dei militari tubercolotici, il Ministero dell'Interno, informandone le autorità provinciali, avverte che, dalle autorità militari, verranno loro denunziati gli inscritti di leva dichiarati non idonei al servizio militare per tubercolosi in atto, ed i militari riformati per la stessa causa.

Venendo con ciò a cessare ogni intervento delle autorità militari, interviene largamente l'azione delle autorità civili, nell'intento di apprestare i maggiori aiuti e di attuare, in confronto di tali malati che ritornano nei loro paesi di origine, i necessari e possibili provvedimenti curativi e profilattici.

Confezionamento del pane.

In seguito a deliberazione del Comitato dei ministri per l'alimentazione, l'ordinanza del 1° marzo 1917 viene modificata nel senso che il peso di ogni forma è ridotto da 700 a 600 grammi e che sono ammesse tre forme: a pagnotta tonda liscia, a pagnotta tonda con due tagli in croce ed a filone liscio di lunghezza non superiore a 40 centimetri.

Le modificazioni portate alla precedente ordinanza hanno lo scopo di consentire una migliore cottura, di modo che ogni pagnotta possa risultare più asciutta, con mollica meno abbondante, meno greve e più « sortita », evitandosi così lo sperpero di mollica provocato dalla precedente ordinanza.

Laboratori farmaceutici.

In seguito alle premure rivolte dal Ministero dell'Interno, con la circolare 29 gennaio 1917 n. 20500.1, per l'esatta applicazione delle norme che disciplinano la vigilanza sulle officine farmaceutiche, è stato da diverse Prefetture posto il quesito se debbano come tali considerarsi, agli effetti delle disposizioni del Testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, della legge sull'esercizio delle farmacie 22 maggio 1913, n. 468, e del regolamento per l'esecuzione di questa approvato con R. D. 13 luglio 1914, n. 829, i laboratori di farmacia nei quali si provvede alla elaborazione di prodotti chimici usati in medicina e i preparati galenici. Con circolare 28 marzo 1917, n. 20500, il Ministero porta a conoscenza dei Prefetti com'esso abbia ritenuto e ritenga che tale quesito debba essere risolto negativamente.

Ritiene, invero, il Ministero che fino a quando le operazioni delle quali si tratta non costituiscano, per la entità e vastità loro come per la importanza e per le caratteristiche di organizzazione e di funzionamento dei mezzi ad esse dedicati, una azienda avente fisionomia e personalità proprie, per limitarsi a rappresentare esplicazioni sussidiarie e integratrici della ordinaria attività spiegata dalla

farmacia nel laboratorio della quale si compiono, non possa parlarsi della esistenza di una « officina » a senso e per gli effetti degli articoli 64 del testo unico 1° agosto 1907, n. 636, 19 della legge 22 maggio 1913, n. 468, e 52 e seguenti del Regolamento 13 luglio 1914, n. 829.

Mancherebbe, d'altro canto, ogni ragione per la estensione, a tali casi, delle norme legislative e regolamentari ora citate.

La circolare ne dà ampia dimostrazione.

ATTI PARLAMENTARI.

Ufficiali medici in congedo.

All'on. Mancini il ministro della guerra generale Morrone ha così risposto:

« L'avanzamento degli ufficiali in congedo, a qualunque categoria essi appartengano, è regolato dal decreto luogotenenziale 29 novembre 1916, n. 1652, il quale accorda speciali facilitazioni d'avanzamento per gli ufficiali stessi durante la guerra.

« In detto decreto si contemplano tre categorie di ufficiali:

1° Ufficiali richiamati in servizio e facenti parte dell'esercito operante;

2° Ufficiali richiamati in servizio, ma non facenti parte dell'esercito operante;

3° Ufficiali in congedo non richiamati in servizio.

« È ovvio che per le tre suddistinte categorie le facilitazioni di cui sopra è cenno debbono avere una gradazione diversa.

« Pertanto:

1° L'articolo 1° di detto decreto dispone che per la durata della guerra l'ufficiale in congedo richiamato alle armi che abbia prestato almeno quattro mesi di servizio presso l'esercito operante, potrà essere proposto per l'avanzamento insieme con gli altri ufficiali in servizio attivo permanente di pari grado ed anzianità;

2° Per gli ufficiali in congedo richiamati in servizio di qualsiasi categoria che non facciano parte dell'esercito operante, si è provveduto con l'articolo 2 del decreto stesso, affinchè essi per la durata della guerra e semprechè siano ritenuti idonei, possano essere promossi non appena abbiano raggiunta la metà della permanenza minima nel grado stabilita in tempi normali per gli ufficiali in effettività di servizio;

3° Finalmente si è ridotta della metà la permanenza minima nel grado per gli ufficiali di qualsiasi categoria, anche se non richiamati in servizio.

« Facilitazioni maggiori di queste il Ministero non poteva concedere, senza ledere la disposizione fondamentale che regola l'avanzamento degli ufficiali in congedo, e cioè che essi per qualsiasi motivo non possono precedere nella promozione gli ufficiali in servizio attivo permanente di pari grado ed anzianità ».

Sulle disposizioni relative alla panificazione.

Ad un'interrogazione dell'on. Giordano il sottosegretario di Stato on. Canepa ha risposto per iscritto facendo rilevare che l'adozione del pane di tipo unico, raffermo ed in forme grosse, ha portato ad un'effettiva economia di farina, come risulta da un'inchiesta sommaria; che il consumo ponderale di pane è aumentato, perchè si è necessariamente eliminato o diminuito il consumo di altri generi; che lo spreco di mollica viene ridotto dalla prescrizione del pane raffermo, mentre l'adozione del tipo unico e l'aumento di due ore nell'orario di lavorazione, agevolano il lavoro e portano a migliorare il confezionamento; che verranno prese in esame le contingenze speciali della produzione del pane nelle campagne del Piemonte.

Cronaca del movimento professionale.

Negli Ordini dei Medici.

Ordine dei Medici di Treviso. — Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Treviso, adunato in assemblea, ha votato un Ordine del Giorno in cui fa voti perchè gli Ufficiali Medici delle classi anziane che contemporaneamente al servizio militare prestano un servizio sanitario assolutamente indispensabile, vengano lasciati nelle loro sedi per le imprescindibili necessità sanitarie locali.

Ordine dei Medici di Siena. — I Medici della provincia di Siena, adunati in assemblea il 31 p. p. marzo, e informati che nel Convegno degli Ordini dei Sanitari della Toscana, tenuto in Firenze, il solo rappresentante dell'Ordine di Siena ha votato contro l'ordine del giorno Campi-Fatichi-Pugliese stigmatizzante l'azione dell'on. dott. Brunelli, hanno deplorato che un collega della Presidenza dell'Ordine Senese non solo siasi abusivamente arrogato il diritto di rappresentarli nel predetto convegno straordinario senza alcun mandato speciale, ma che, seguendo i suoi criteri personali, abbia tenuto in non cale nella grave questione d'interesse nazionale i sentimenti altamente patriottici della immensa maggioranza dei medici Senesi, ed hanno deliberato a *voti unanimi* di protestare contro tale arbitrio, dando mandato al Presidente dell'Assemblea di trasmettere questo ordine del giorno agli Ordini dei Medici d'Italia, ai Bollettini Consorziale e Federale, ai giornali politici; deliberarono altresì di invitare il Consiglio direttivo dell'Ordine di Siena di convocare entro il 14 aprile una Assemblea straordinaria, onde esprimere legalmente la loro riprovazione ai responsabili della manifestazione antiitaliana, che ha offeso i sentimenti dei Medici Senesi, desiderosi della vittoria delle nostre armi gloriose e del trionfo della civiltà contro la barbarie teutonica.

Ordine dei Medici di Milano. — L'« Avvenire Sanitario » informa che all'assemblea generale ordinaria dei Medici di Milano, cui sono inscritti 1300 medici, intervennero tredici soli inscritti oltre il Consiglio!

Nell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti.

In una recente adunanza della Sezione Gallaratese della A. N. M. C., dopo vivace discussione di una mozione sostenuta da parecchi soci, fu votato il seguente ordine del giorno, presentato e sostenuto dal dott. Giorgetti:

« La Sezione Gallaratese dei Medici Condotti, mentre deplora vivamente il contegno persistentemente antipatriottico dal Presidente generale, contegno che suona offesa ai sentimenti della classe dei Medici Condotti, e giudicando perciò non degnamente rappresentata l'Associazione Nazionale dei Medici Condotti, dà incarico al Consiglio della Sezione perchè, d'accordo anche con altre Sezioni, promuova una azione tendente ad eliminare dalla Presidenza Centrale chi non sa comprendere che la sua condotta politica è incompatibile colla carica affidatagli ».

In seguito all'approvazione di questo ordine del giorno, il presidente della Sezione, dott. Arsuffi, si è dimesso, per atto di solidarietà verso il Presidente generale on. Brunelli, contro l'atteggiamento del quale è diretto l'ordine del giorno.

La Sezione provinciale Milanese dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti, riunita in assemblea, dopo aver esortati i soci a continuare l'opera patriottica presso l'esercito e le popolazioni, ha formulato voti perchè le Sezioni sorelle si uniscano nella protesta e nella disapprovazione dell'atteggiamento antinazionale del presidente on. Brunelli, e si è associata all'ordine del giorno, approvandolo con 49 voti su 50 votanti, della Sezione Trevigiana. Questo ordine del giorno conchiude deplorando che il Presidente abbia messo l'Associazione in tanto disagio morale per la luce sinistra gettata su di essa di fronte al paese e dichiara il presidente on. Brunelli e l'ufficio di presidenza incompatibili ed in assoluto contrasto coi sentimenti di italianità della grandissima maggioranza dei soci.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6804) *Pensioni. - Frazioni di anno.* — Dott. B. P. da P. — Andando in pensione nel prossimo maggio liquiderà su 25 anni di servizio e su 53 di età perchè l'articolo 15 della legge del 14 luglio 1898, n. 335 testualmente dichiara che quando dallo insieme del servizio prestato risulta una frazione di anno, il periodo che eccede i sei mesi è calcolato per un anno intero, in caso diverso non è calcolato e che la medesima norma è seguita nella determinazione dell'età dei medici. Poichè Ella nel predetto mese di maggio compie 24 anni 6 mesi ed un giorno di servizio e 52 anni 6 mesi ed un giorno di età, gli uni e gli altri sono computati a periodi interi e può invocare a suo beneficio 25 anni di servizio e 53 di età. Nel novembre prossimo la posizione del maggio non muta in quanto che in detto mese si completa l'annualità di servizio e di età, che le fu considerata come già compiuta sei mesi prima. Di tal che, protraendo il servizio fino a novembre Ella nulla guadagna.

(6805) *Autenticazione di firme.* — Dott. F. B. da S. G. I. — Troviamo eccessiva la pretesa del Comune di obbligare il medico condotto a firmare alla presenza di un funzionario municipale tutti gli atti e certificati che han bisogno di legalizzazione. A garentire il Comune, basta che il medico rilasci una sola firma alla presenza di chi deve legalizzarla e questo modulo resti sul Comune per controllo di tutte le altre firme che saranno successivamente presentate per la legalizzazione. Questo sistema si applica in moltissimi casi e si rende assolutamente indispensabile per funzionari residenti in posti diversi da quello in cui la legalizzazione deve compiersi.

(6807) *Ricchezza mobile. - Arretrati.* — Dott. F. Z. da P. — L'imposta della ricchezza mobile si paga sullo stipendio lordo, non depurato della ritenuta per contributo alla Cassa di Previdenza. I debiti di imposta si prescrivono verso l'Erario in tre anni, nel senso che un qualsiasi accertamento di reddito non può estendersi oltre i tre anni indietro a quello della tassazione. Però se il Comune ha pagato per Lei vuol dire che ha verso di Lei non un credito di imposta ma bensì un credito comune, che si prescrive col decorso di trenta anni.

(6808) *Pensioni. - Regolamenti speciali.* — Dottor D. G. da B. — I regolamenti locali per le pensioni rimasero in vigore per tutti quei sanitari che, a suo tempo, non aderirono alla Cassa di previdenza governativa. Ella, quindi, trovandosi in tale condizione, ben può chiedere dopo i 20 anni il collocamento a riposo in base al Regolamento municipale.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 8886, Pollino:

I. La prima questione non è di competenza militare; dipende dalle decisioni dell'autorità comunale e prefettizia.

II. Non essendo ancora stata chiamata la classe del 73 ha diritto all'indennità di L. 5.

III. Se fa domanda di essere inviato in zona di operazioni non vi è nessuna ragione per la quale debba essere poi ritirato dalla zona stessa.

IV. Anche se richiamato a sua domanda, non può scegliere la zona ove essere inviato.

Al dott. A. S., Zona di Guerra:

Gli ufficiali medici effettivi sono tratti soltanto dai tenenti di complemento che hanno non più di 32 anni di età, in seguito a concorso.

Non si può diventare ufficiali medici effettivi per merito di guerra o per merito eccezionale.

All'abb. n. 6370:

Può avvenire, ma solo quando il Ministero della Marina apra il concorso. Occorre allora far domanda.

Al dott. C. T., T.:

La circolare n. 752 del Giornale Militare 1916 e la circolare n. 27 del Giornale Militare 1917.

Al dott. D. T. S., A. P.:

Non esiste alcun decreto luogotenenziale che con-

sideri come richiamati i medici assimilati, che vengono invece considerati come borghesi.

Al dott. F. A., Zona di Guerra:

Ha certamente diritto alla promozione a tenente. Occorre però che le autorità da cui dipende compilino lo specchio di avanzamento. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

MEDICO, esente da obblighi militari, senza famiglia, anche attempato, troverebbe subito posto di Assistente interno in un piccolo, comodo Sanatorio per Malattie nervose e mentali in Genova (Albaro). — Dirigere domande, proposte a *Casella Postale 879, Genova*.

NOMINE, PROMOZI

Ordine della Corona d'Italia.

Cavalieri: dott. Garelli Emilio, colonnello medico, direttore dell'Ospedale territoriale di via Boezio in Roma; prof. dott. Massaro Domenico, libero docente nella R. Università di Palermo; dottor Schiappoli Michele, componente il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Napoli.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Cavaliere: dott. comm. Di Tommasi Emilio, medico capo delle Terme di Agnano.

PARIGI. — Il prof. Rocco Jemma, direttore della R. Clinica Pediatrica di Napoli e del periodico «La Pediatria», è nominato membro corrispondente della *Società di Patologia esotica*.

ALBO D'ORO.

Ricompense al valore militare per la campagna di guerra 1915-1916.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

Bacialli Luigi, da Bologna, sottotenente medico reggimento fanteria. — Ferito alla testa e ad una spalla da schegge di granata nemica, rifiutava nobilmente di essere trasportato al posto di medicazione, e, mirabile esempio di sentimento del proprio dovere, rimaneva a prestar l'opera sua, finchè, esausto di forze, cadeva svenuto accanto ad un capitano che egli stava medicando. — San Floriano, 18 novembre 1915.

Ponti Caccia Luigi, da Venezia, sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Ferito insieme a numerosi soldati, per lo scoppio di alcune granate nell'accampamento, che causarono la distruzione del posto di medicazione, con calma ed energia ammirevoli, provvedeva al riordinamento del personale sanitario ed al pronto allestimento di un nuovo posto di medicazione, e, incurante della propria ferita, male reggendosi sulle gambe, curava e medicava i numerosi feriti. Solamente quando nessuno più ebbe bisogno dell'opera sua, esausto e sfinito si faceva medicare egli stesso. — Oslavia, 4 gennaio 1916.

NOTIZIE DIVERSE

La barriera sanitaria.

È ritornato dalla zona di guerra il direttore generale della sanità pubblica comm. dott. Lutrario che s'era recato a visitare i numerosi impianti sanitarii militari e quelli per la popolazione civile dei territori occupati. Dovunque simpaticamente accolto, il comm. Lutrario espresse al capo dell'esercito e dei servizi di intendenza ed ai funzionari dell'amministrazione civile il più vivo entusiastico compiacimento per la perfetta organizzazione di tutti i servizi di carattere igienico e sanitario.

Il comm. Lutrario ha dichiarato che la barriera di difesa sanitaria, saldamente costituita, è tale da corrispondere a qualunque esigenza e da contrapporsi validamente ad ogni eventuale pericolo per l'esercito e per il paese.

Per i mutilati di guerra.

È stata emanata una legge che istituisce il nuovo Ente denominato «Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi della guerra».

L'Opera Nazionale avrà sede in Roma e sarà amministrata da un Consiglio di diciannove membri.

Disciplina dei consumi.

In tutta Italia viene compiuta una propaganda efficace per l'economia degli alimenti.

Abbiamo già dato notizia di numerose conferenze. Segnaliamo ancora le seguenti: del prof. D. Ottolenghi a Cagliari, del prof. F. Abba a Torino, del dott. A. Zambler a Padova, del dottor E. Cingolani a Vergato (il Cingolani ha redatto anche un opuscolo di «Consigli popolari»), del prof. G. Teyxeira a Perugia, del dott. F. Parodi a Sestri Ponente, del dott. A. Garzia a Peccioli (Pisa), del dott. Petrecca a Cercepiccola (Campobasso), del dott. F. Mancini a Porto S. Giorgio (Ascoli Piceno), ecc.

A Milano, per iniziativa della Giunta provinciale esecutiva per la disciplina dei consumi e con l'appoggio delle autorità comunali, si va studiando l'utilizzazione del sangue degli animali macellati. Sono stati allestiti speciali tipi di focacce a base di farina di grano e di sangue, contenenti anche zucchero, grasso, uva appassita, ecc. L'esperimento verrà pure eseguito nei panifici militari.

Anche a Roma viene studiata l'utilizzazione del sangue bovino, che fin'ora veniva ceduto per uso industriale nella quantità di 8-10 quintali al giorno. L'ufficiale sanitario del comune, prof. T. Gualdi, ha proposto che esso venga messo in vendita in piccole forme, come già si usa per il sangue del pollame, degli agnelli e dei suini.

Con provvedimento del Commissario Generale per i consumi, sono stati autorizzati i Prefetti a ridurre il peso minimo degli agnelli macellandi a kg. 5.500 di peso morto, ivi compresi i visceri toracici e il fegato.

Propaganda antialcoolista.

Il Comitato Lombardo di mobilitazione industriale ha pubblicato un lussuoso ed efficace opuscolo, denso di scritti, destinato alla propaganda antialcoolistica fra gli operai della Provincia.

Un'altra nave-ospedale inglese affondata.

Un comunicato ufficiale inglese dice:

« Durante la notte dal 30 al 31 i tedeschi silurarono senza preavviso nella Manica la nave-ospedale britannica « Gloucester Castle ». Tutti i feriti poterono essere raccolti.

« Un radiotelegramma tedesco dell'11 corr. proclama che questo atto è dovuto ad un sottomarino tedesco ».

I tedeschi inoculano la turbercolosi agli abitanti dei territori invasi?

Il prof. Beebe, di Boston, il quale dirige l'Ospedale da campo americano a Neuilly, ha espletato un'inchiesta per incarico del « New York World » sulle voci raccolte da questo giornale, affermanti che i tedeschi hanno inoculato la tubercolosi agli abitanti del territorio francese che si preparavano ad abbandonare.

In seguito alla disamina di un gran numero di abitanti, il Beebe si è formata la convinzione che i tedeschi hanno realmente tentato di conferire la terribile malattia, pochi giorni prima di cominciare la ritirata. Essi infatti hanno emanato un proclama col quale ordinavano la vaccinazione antivaiolosa di tutti gli abitanti; insieme al vaccino, avrebbero inoculato i germi della tubercolosi. Questa malattia si è sviluppata, localmente, nelle persone vaccinate, mentre nei vecchi e nei bambini sfuggiti alla nefasta insidia non ve n'è traccia.

Il Beebe richiama l'attenzione sul fatto che i tedeschi non si erano mai curati di eseguire la vaccinazione antivaiolica degli abitanti fino a poche settimane or sono, quando cominciarono i preparativi della ritirata.

Naturalmente, la prova assoluta dell'atroce delitto non esiste; ma i fatti accertati hanno condotto il patologo americano alla convinzione che i tedeschi se ne sono macchiati.

Epidemie in Turchia, Austria e Germania.

I tre Stati ne sono colpiti in proporzione inversa del loro grado di organizzazione profilattica. Secondo dati attendibili che rimontano al primo semestre dello scorso anno, in Turchia vi sono località in cui il colera ha colpito perfino il 50 per cento della popolazione, con mortalità molto alta, ed anche in Austria-Ungheria, specialmente nella Bosnia-Erzegovina, si verificarono molte centinaia di casi. In Austria-Ungheria, di vaiuolo in soli quattro mesi si ebbero circa 23 mila casi, con mortalità relativamente molto bassa. Di dermo-tifo in Austria, e specialmente nella Galizia e Bucovina, si produssero in 4 mesi 8231 casi, con elevata mortalità. In Germania si ebbero epidemie circoscritte di vaiuolo e dermo-tifo. In mancanza di notizie ufficiali per periodi più recenti, vi è motivo di ritenere che, specialmente a causa della limitata ed incongrua alimentazione, le epidemie sopra cennate abbiano continuato a propagarsi.

Ambulanze dentarie per l'esercito francese.

Tra breve partiranno per la fronte francese tre ambulanze dentarie montate su automobili inviate in Francia dal Comitato della Croce Rossa Francese in Londra. A ciascuna ambulanza sono addetti due chirurgi dentisti e uno chauffeur-meccanico.

Al comm. Lutrario.

Il giorno 2 corrente, trovandosi a Milano il commendator Lutrario, Direttore generale della Sanità pubblica, reduce da una ispezione al fronte, si svolse nella sede di quel Comizio Agrario una cerimonia intima e cordialissima.

Il Comizio Agrario volle manifestare al commendator Lutrario la più viva gratitudine per l'interesse che il Ministero dell'Interno spiega nel favorire la lotta contro le malattie infettive nel bestiame, ed in modo speciale per l'aiuto che dà a mantenere in piena attività la Stazione sperimentale appositamente istituita a Milano, e per lo interesse che prende per le condizioni sanitarie e per la igiene della classe agricola. Intervennero i rappresentanti: del Comizio Agrario, col presidente ing. Stabilini e col vice-presidente on. Valvassori-Peroni; della Stazione sperimentale delle malattie infettive del bestiame, col presidente on. Sioli-Legnani e coi direttori tecnici prof. Stazi e prof. Terni; il presidente della Croce Verde - Assistenza pubblica, prof. Soresi; il direttore della Cattedra ambulante d'agricoltura ed altri rappresentanti.

Parlarono il presidente del Comizio Agrario e l'on. Sioli-Legnani, che presentò al comm. Lutrario una medaglia d'oro ed una pergamena, come ricordo ed espressione di gratitudine verso la Direzione della Sanità Pubblica per quanto ha fatto e fa per la soluzione dei grandi problemi che concernono le epizoozie.

Commemorazione del sen. De Giovanni.

Al Policlinico di Napoli il prof. on. Pietro Castellino ha commemorato il suo compianto Maestro senatore Achille De Giovanni.

Erano presenti: il prefetto della Provincia, commendator Menzinger, il comandante del corpo d'Armata S. E. Coardi di Carpineto, il generale medico prof. Pascale, il comandante della Divisione Territoriale tenente generale Ferri, i generali De Luca e Carrella, i senatori Senise, Cardarelli, De Renzi, Placido, D'Andrea, i deputati Pietravalle, Vincenzo Bianchi, Caporali, Guidone, il direttore di Sanità comm. Carini, il colonnello medico professor Gualdi, direttore degli ospedali militari riuniti di Napoli, il colonnello medico cav. Loscalzo, dirigente il servizio sanitario in Tripolitania, molti professori ed altre spiccate personalità.

Il Castellino tratteggiò la figura di Achille De Giovanni scienziato, filosofo, naturalista, oratore,

integrandolo alle caratteristiche del suo tempo. Fu attentamente seguito dal denso ed eletto pubblico.

In memoria del prof. Giovanni Paladino.

Il municipio di Potenza, città natale del professore Paladino, ha deliberato di onorarne la memoria, intitolando al suo nome una via della città, apponendo una lapide alla casa in cui nacque, disponendo una solenne commemorazione nel giorno in cui la lapide verrà scoperta e raccogliendo nella biblioteca provinciale lucana tutte le opere dell'illustre estinto.

Commemorazione di studenti caduti per la patria.

A Torino sono stati commemorati gli studenti universitari morti in guerra. Alla cerimonia erano presenti l'intero Corpo Accademico e le autorità. Fu scoperta una lapide coi nomi gloriosi dei caduti e furono consegnati diplomi alle rispettive famiglie. Nell'elenco si leggono, per Facoltà di Medicina e chirurgia, i nomi del dott. Francesco Allora, da Riva di Chieri, laureato nel dicembre 1914, del dottor Giuseppe Bertero, da Carisio, laureato nell'aprile 1916, e del dott. Emilio di Giacomo, da San Remo, laureato nel giugno 1915, di Giacinto Cassina, da Torino, laureato *ad honorem*, e di tredici studenti in medicina e chirurgia.

Una coppia di eroi.

La più alta onorificenza militare, la medaglia d'oro al valore, era stata assegnata alla memoria del maggiore cav. Costantino Brighenti, morto in Libia dopo un anno di prigionia, in premio degli incomparabili atti di valore compiuti. Ora la stessa onorificenza è stata conferita alla memoria della moglie, signora Maria Brighenti Boni, per l'esempio delle più alte virtù militari durante l'assedio di Yarunka, per aver rifiutato di porsi in salvo ed aver continuato a soccorrere i feriti benchè più volte ferita, morendo eroicamente tra i combattenti.

Una morte precoce ha sottratto al Brasile uno dei suoi uomini più fattivi e benemeriti, OSVALDO CRUZ, in età di appena 45 anni.

Il suo nome rimarrà legato alla campagna contro la febbre gialla. Essa fu condotta con indomabile energia, con fredda audacia e senza riguardi di sorta, al punto da provocare la minaccia di una rivolta contro il Governo. In qualità di direttore della sanità pubblica, egli fece attuare l'isolamento rigoroso dei malati e la disinfezione dei loro escrati e dell'ambiente da essi inquinato; fece demolire moltissime abitazioni insalubri, fino a far sparire interi quartieri della capitale; fece anche intraprendere immensi lavori di viabilità; organizzò delle campagne zanzaricide, ecc.: grazie a queste complesse misure, la città di Rio de Janeiro fu risanata.

Dopo di allora i suoi successi si sono estesi a tutto il Brasile, ov'egli era chiamato a debellare le epidemie. Egli ha inaugurato nell'America meridionale una nuova Èra per l'Igiene pubblica.

Ha fondato un Istituto di batteriologia e sieroterapia che ha subito assunto uno sviluppo meraviglioso: venne poi intitolato al suo nome. In esso il suo assistente Carlo Chagas ha scoperto l'eziologia della tiroidite cronica infettiva o morbo di Chagas. Gli splendidi *Atti* dell'Istituto si pubblicavano in portoghese ed in tedesco; ma la lingua tedesca è stata sostituita da quella francese, dopo che la Germania è uscita fuori della civiltà...

Cruz ha compiuto anche interessanti studi scientifici. Nell'Istituto Pasteur di Parigi ha indagato l'azione tossica della ricina ed ha ideato un procedimento per rivelare l'intossicazione da gas illuminante.

Ma egli è stato, più che altro, un organizzatore ed un uomo d'azione. R. B.

In un ospedale da campo impiantato in terra restituita all'Italia, a Scodavacca, cessava di vivere, amorevolmente assistito dai fratelli, il dott. GIUSEPPE CASTORINA SANFILIPPO, da Catania, capitano medico in servizio attivo permanente in fanteria.

Nelle fortunose vicende della guerra libica, al Presidio di Homs, rifulsero il suo valore e la sua ingegnosa attività, che gli guadagnarono una decorazione. Nella lunga snervante vita delle rosse trincee carsiche si affermarono ancora di più la serena tranquillità del suo spirito, le sue impareggiabili attitudini e la sua fibra di eroe, tanto che gli sono state conferite due medaglie d'argento al valore e che è stato proposto per la promozione a maggiore per merito di guerra.

Dotato di raro talento, appassionato della sua arte, lascia alcune pregevoli pubblicazioni.

Le virtù dell'animo lo rendevano amato e ricercato. P.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *resp*.

Anno XXIV. *Roma, 29 aprile 1917* Fasc. 18.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Importanza e utilità pratica dell'indagine radiologica.

Rivista sintetica del dott. P. MASSERINI.

La diffusione rapida ed ognora crescente dei raggi Röntgen, come mezzo d'indagine nella fisiologia e patologia di tutti i visceri importanti, e la provata utilità che ne scaturisce il più delle volte immediatamente, permettono di auspicare che essi siano per divenire, altrettanto utili al medico, quanto le indagini che si praticano direttamente con gli organi di senso. Ne saranno complemento indispensabile.

Attualmente il medico pratico ha la convinzione della grande potenza del metodo, ma non ne *sente* abbastanza la necessità per dare fondamento positivo alle induzioni cliniche degli ordinari metodi di esame fisico. D'altro lato non è ragionevole pretendere che egli, assorbito nella sua attività dal lavoro giornaliero, possa essersi tenuto esattamente al corrente dei progressi di questa branca, che presume una serie di conoscenze collaterali di fisica e che richiede un tecnicismo di acquisto non rapido nè facile.

Mettere in rilievo a grandi linee il valore dei raggi X nella pratica medica, pigliando a base di dimostrazione i risultati che attualmente

se ne traggono, circoscrivere in pari tempo con tutta obiettività i limiti d'impiego attuali del metodo, è qui mio scopo. Mi rivolgo ai colleghi poco famigliarizzati con la radiologia; gli altri non troveranno nulla di nuovo in quanto esporrò.

Il principio fondamentale, su cui si basa il meccanismo d'azione dei raggi Röntgen, è dovuto alla proprietà fisica da essi posseduta di attraversare i corpi opachi. Questa penetrazione non è uniforme; essa varia sia per la qualità dei raggi, sia, e soprattutto, secondo il grado di densità dei corpi attraversati; cosicchè, per un insieme di corpi di densità varia, si avrà un assorbimento di raggi diverso per i singoli corpi, e risulterà come effetto che sullo schermo fluorescente si avranno altrettante ombre di varia intensità, corrispondenti esattamente a ciascun corpo.

I mezzi a disposizione per qualsiasi esame col raggi X sono due: la radioscopia e la radiografia; questi due processi sono affatto distinti; il loro valore non è eguale, ma non sono fra loro in contrasto; hanno ciascuno speciali indicazioni proprie, si completano a vicenda. La radioscopia permette di approfittare rapidamente di una serie di immagini visive sotto le più disparate incidenze di un dato organo, sia esso in movimento o fisso, per cui serve dapprima come mezzo di orientamento, e di indirizzo poi alla più sottile indagine eventualmente necessaria. Essa è mezzo precipuo per gran parte degli esami radiologici; la molteplicità e diversità delle immagini che permette di rilevare, la rendono in tali esami più fertile di insegnamenti e di buoni risultati che non la radiografia.

La radiografia da un lato serve a fissare tra le innumerevoli immagini rilevate quella che realizza le migliori condizioni di dimostrazione, e d'altro lato presenta sul mezzo precedente il vantaggio che le immagini fissate sulla lastra sensibile sono più precise, più ricche in dettagli, per cui, in alcune speciali indagini, essa riesce più decisiva; la lastra inoltre rimane documento permanente.

Accenno di sfuggita all'ortodiagrafia, appendice del processo radioscopico, per mezzo della quale un organo si può riprodurre graficamente nei suoi limiti e diametri naturali; e ancora alla radiografia stereoscopica e cinematografica, appendici del processo radiografico, che sono progressi realizzati in questi ultimi anni, e promettono un fecondo avvenire.

Scheletro. — Le lesioni traumatiche delle ossa e la ricerca dei corpi estranei, comunque penetrati nel nostro corpo, furono i primi oggetti d'indagine cui si prestarono i raggi Röntgen al principio della loro meravigliosa carriera. Dalle lesioni violenti lo studio conquise il campo delle lesioni infiammatorie e neoplasiche; nell'uno e nell'altro, il nuovo metodo colse i migliori allori, che mai metodo clinico abbia raggiunto.

È riconosciuto unanimemente, anche dai meno iniziati, che una lesione ossea non può essere meglio individualizzata che dai raggi X, ma questo più che altro al riguardo delle forme traumatiche. Io non posso a meno di affermarne e metterne in valore l'alta importanza anche nelle affezioni non traumatiche. Superiorità indiscussa, e ben nota in queste indagini, è l'innocuità pressochè completa a rispetto di ogni altro mezzo di ricerca.

Le infrazioni, le fratture delle ossa sono attualmente distinte e classificate, per la loro forma ed estensione, secondo una sintomatologia tutta speciale, radiologica; la classificazione chirurgica antica delle fratture fu in parte convalidata ed in parte arricchita. Le fratture delle piccole ossa, le lesioni lineari di continuità della teca cranica, quelle della colonna vertebrale e del bacino, sono un problema diagnostico difficile, spesso insolvibile della clinica; la radiologia porta la sua parola decisiva nella gran parte dei casi, e solo talvolta cozza contro difficoltà insormontabili dovute all'estrema tenuità delle lesioni e al fatto della sovrapposizione di due o più ossa nel focolaio sospetto di frattura.

Un'esposizione particolareggiata del valore del metodo in questa branca mi porterebbe troppo a lungo; non posso però non ricordare come gli accertamenti medico-legali di lesioni ossee antiche si appoggiano quasi esclusivamente al sussidio radiologico, perchè l'indagine clinica il più delle volte non può riconoscere una frattura ben ridotta e riparatasi normalmente.

L'immagine ottenuta con i raggi X fornisce alla terapia un indirizzo razionale, e al tempo stesso un controllo, che torna di grande vantaggio al paziente, di grande tranquillità al medico: la sicurezza di una buona riduzione, la constatazione diretta che il processo di riparazione procede normalmente, il destino dei frammenti di una frattura comminuta, sono oggetti di capitale importanza, sui quali l'indagine è preziosa d'insegnamenti. Ancora, quando la guarigione anatomica è avvenuta, ma ha lasciato dietro di sè per la sede particolare o per la gravità della lesione o per inevitabili complicanze sopravvenute, postumi deformanti, incompleta *restitutio ad integrum*

funzionale, l'indagine svela all'ortopedia le particolarità dei reliquati ossei, da cui desumere con criterio razionale le indicazioni per la correzione più efficace. Largo appoggio fornisce ancora a questa importante branca, nei vizi di conformazione da difettosa ossificazione dello scheletro nell'infanzia.

Tra le distrofie ossee, oltre il rachitismo, anche l'osteomalacia, l'osteopsatirosi, il morbo di Paget sono suscettibili di feconda indagine radiologica. Già nelle loro fasi di sviluppo lo studio radiologico rende possibile diagnosi di probabilità, e a sviluppo avanzato queste forme corrispondono a reperti radiologici «tipo», poichè la radiografia riesce a dissociare e rilevare, non soltanto le lesioni di continuità, ma anche la struttura, la trabecolatura del tessuto osseo.

Le lesioni infiammatorie del periostio e delle ossa da osteomielite, da tubercolosi, da lues non possono meglio essere svelate e individualizzate che per mezzo dei raggi Röntgen: in questo campo essi completano le nozioni cliniche, talvolta le rischiarano.

I fatti di periostite ossificante si palesano sulla lastra con l'aspetto di un'ombra sfumata, sfrangiata, che si sovrappone alla linea della corticale ossea; il tessuto colpito da osteomielite ci presenta qua e là zone più o meno estese di rarefazione; il canale midollare è deformato. I sequestri si possono seguire nelle loro fasi di evoluzione; la ben nota cassa da morto si disegna sulla lastra con le sue particolarità; di quale vantaggio siano queste dilucidazioni relativamente alle indicazioni e al momento di intervento non v'è alcuno che non comprenda.

I focolai tubercolari si differenziano per la particolare distruzione e decalcificazione del tratto colpito, cui non corrisponde una intensa reazione periostea così intensa come nell'osteomielite.

La sifilide delle ossa presenta quadri radiologici svariatissimi, che vanno dal focolaio di distruzione circoscritto in sede di una gomma, alla fine apposizione periostale, alla scomparsa di ogni struttura dell'osso, che si fa spesso eburneo con riduzione e scomparsa del canale midollare.

Tra le neoformazioni che colpiscono le ossa, il sarcoma è quello che si presenta con maggior frequenza. Come esso invade il tessuto, lo distrugge e lo altera, l'indagine radiologica riesce quasi sempre a mettere in evidenza le singole alterazioni. L'importanza dell'impiego del metodo a questo riguardo assurge ad alto grado nella diagnosi differenziale tra il tumore, che solo per compressione da contiguità, altera la compagine ossea senza ripetere origine dal suo tessuto, e quello che prende in esso il suo punto di partenza.

Non posso a questo proposito passare sotto silenzio l'importanza, del resto bene ammessa, che acquista l'indagine röntgeniana nei tumori cerebrali o comunque a sviluppo intracranico: lesioni delle ossa della base cranica, fini alterazioni delle numerose linee ossee che si sommano, s'intersecano, si sovrappongono in questa regione, permettono talvolta di localizzare tumori della base, la cui esistenza era resa sospettabile per sintomi clinici. Recentemente si pose più volte e fu controllata la diagnosi di tumore dell'acustico all'entrata della rocca petrosa, e quella di tumori pontino-cerebellari. Altro frequente quesito che l'indagine con i raggi X risolve con eleganza e con relativa sicurezza è la diagnosi differenziale tra tumori *intra* ed *extra sellari*, basata sul rilievo della integrità anatomica della sella turcica, che radiograficamente si può sempre riprodurre con grande finezza di particolari.

Pure il sintomo patognomonico dei tumori cerebrali, l'aumento di pressione endocranica, si traduce sulla lastra sensibile con rilievi chiarissimi: diastasi delle suture ossee, accentuazione delle depressioni diploiche dei vasi meningei e dei seni trasverso e longitudinale, disegno spiccato di impressioni digitate, corrosione e smussamento di punte delicate delle ossa della base, normalmente evidenti e distinte.

Del cranio in rapporto all'indagine radiologica ricordo ancora l'importante contributo che i raggi portano all'argomento delle sinusiti: le cavità pneumatiche del cranio specie quelle del frontale, dello sfenoide, dei mascellari superiori, si disegnano evidenti sulla lastra radiografica, e possono essere esaminate nei riguardi della loro ampiezza, del grado e uniformità della loro ombra, e ancora della regolarità dei loro contorni, elementi tutti che nelle sinusiti si ritrovano più o meno alterati.

La mastoide pure può essere sottoposta a rigorosa indagine; così ancora le cellule etmoidee.

L'oftalmologia trae anch'essa un valido aiuto nella ricerca e localizzazione dei corpi estranei endorbitali, e per la conoscenza di fratture, malformazioni, processi distruttivi dell'orbita.

La stomatologia per dilucidazione di particolari anche delicati riguardanti i denti, gli alveoli, i mascellari, non può meglio appoggiarsi che all'indagine röntgeniana.

Articolazioni. — Anche in questo campo il valore dell'indagine röntgeniana merita un'af-

fermazione particolare, tanto rispetto alle alterazioni traumatiche quanto alle lesioni infiammatorie.

Nessuno ignora le difficoltà diagnostiche particolari che l'indagine clinica incontra nelle lussazioni delle piccole ossa del piede e della mano, e in generale anche in quelle di articolazioni maggiormente accessibili, quando complicanze varie ne mascherano i sintomi. Nella maggior parte dei casi le difficoltà sono appianate dai raggi. È ovvio comprendere come un mezzo che permette d'indagare la struttura intima delle ossa, rileverà a maggior ragione i rapporti di queste ossa tra loro, le varie modalità di abnorme contatto e allontanamento. Il grado e la forma di una lussazione dipendono appunto dal modo di essere di questi rapporti, e il più delle volte possono essere stabiliti. La complicanza, la dolorabilità non ostacolano mai l'indagine e per di più questa non le peggiora; tale vantaggio, tutt'altro che indifferente, torna a tutto onore del metodo; oserei affermare che lo indica per sè solo quale metodo di elezione in questo campo.

Le alterazioni infiammatorie delle articolazioni, sia che dipendano da causa locale sia che non rappresentino che la manifestazione di speciali statti discrasici, dànno all'indagine un reperto che da un lato permette di stabilirne l'esistenza, dall'altro illumina sovente sulla loro patogenesi.

Quando un processo morboso interessi un'articolazione, sulla radiografia possiamo riconoscere modificazioni della interlinea articolare, o perchè questa si fa più ampia nei versamenti endoarticolari, o perchè si assottiglia, quando il processo infiammatorio ha erosa o distrutta la cartilagine di rivestimento, o perchè totalmente scompare, quando un'anchilosi ossea porta alla fusione dei capi. Una più grave alterazione che leda i capi stessi oltre la cartilagine, nel tessuto osseo epifisario, dà segni radiologici che si palesano con sfumatura, irregolarità dei contorni, ed anche vere e proprie erosioni di questi, mentre talora produzioni osteofitiche, si vedono fare salienza oltre i confini consueti dei contorni epifisarii. Ed anche la compartecipazione dei tessuti periarticolari al processo morboso può dar segni di sè sulla lastra radiografica, apparendo tutta l'articolazione meno trasparente, quasi velata.

Una speciale menzione meritano le forme di tubercolosi articolare tanto frequenti, ove talvolta i segni radiografici sono tenui e difficili a rilevarsi, potendo consistere in un grado più o meno spiccato di atrofia dei capi articolari; ma in questa forma d'altronde, per lesioni più avanzate, quasi ogni particolare anatomo-patologico della osteoartrite tubercolare trova il suo riscontro sulla lastra.

Tubo digerente. — L'esofago, lo stomaco, l'intestino non sono direttamente esplorabili coi raggi X, o solo parzialmente e in peculiari condizioni. Una rigorosa indagine però ne è possibile, quando contengano nel loro lume una sostanza qualsiasi opaca ai raggi stessi. Usiamo per l'esame di questi organi un pasto di prova analogamente a quello che si fa nelle ricerche cliniche; il comune pasto di prova radiologico consiste in una semolina usuale al latte, in dose in quattrocento grammi, a cui si aggiunge 40 grammi di carbonato di bismuto, o di altri sali di metallo pesante, purchè altrettanto innocui, e la cui ingestione non arrechi noie speciali al paziente (sali di bario, ecc.).

Esofago. — L'esofago è particolarmente accessibile all'indagine radiologica per la sua situazione in un mezzo così bene trasparente ai raggi quale è il campo polmonare; non è però possibile l'esame in posizione frontale del paziente perchè le ombre della colonna vertebrale, del cuore, dei vasi lo nascondono, e serve invece benissimo l'esame con paziente ruotato in posizione intermedia tra la frontale e la laterale destra, colla quale si viene a separare l'ombra della colonna vertebrale da quella del cuore e dei vasi, e si rende così evidente lo spazio prevertebrale, ben trasparente ai raggi, ove decorre l'esofago; per l'esame della sua ultima porzione si ricorre ad altre posizioni e a particolari artifici di tecnica. Oltre la semolina opaca si impiega, a completarne lo studio, la sospensione acquosa e le pillole di bismuto, talvolta una sonda opaca.

I vari mezzi di contrasto, convenientemente impiegati, ci disegnano sullo schermo la posizione, la forma, il calibro, l'elasticità delle pareti, la motilità, l'integrità o meno del meccanismo della deglutizione. Variazioni oltre i limiti del fisiologico possono quasi sempre essere rilevate e particolareggiate dall'indagine: le cicatrici stenostanti si riconoscono nella loro sede e nel loro grado; la dilatazione e lo sfiancamento al di sopra del tratto ristretto ci si disegna in forma di cono opaco a base in alto, per il soffermarsi della pappa di contrasto; la sottile sctriscia che si diparte dal suo apice fa rilevare il restringimento nel suo grado e nella sua lunghezza. Le stenosi cicatriziali riconoscono come causa più frequente ustioni da liquidi bollenti o caustici, meno spesso processi infiammatori, ulcerativi della mu-

cosa, traumi, postumi operativi: in ogni caso lo schermo rende immagini press'a poco simili, per cui necessita preceda sempre accurato esame anamnestico clinico.

I diverticoli già possono apparire per sè quando siano riempiti da sostanze ingerite e precedentemente insinuatesi; non sfuggono e si disegnano con sicurezza di contorni quando la pappa di contrasto viene a riempirli; nella diagnosi di questa affezione l'esame radiologico e l'esafagoscopico si contendono il campo: certo è che i casi diagnosticati in vita prima dell'èra radiologica erano pochi; lo schermo offre anche la possibilità di fare una distinzione tra diverticoli da propulsione e diverticoli da trazione.

Tra i tumori il carcinoma è quello che più sovente cade sotto osservazione; le scabrosità della parete quando un infiltrazione cancerigna l'ha invasa, possono trattenere qua e là piccole porzioni della semolina di contrasto che defluisce, e si rende così sullo schermo un'immagine speciale; le vegetazioni neoplastiche deformano ed ostruiscono il lume per cui la colonna opaca si sofferma per un tempo vario a monte dell'ostacolo e disegna un tratto di esofago più o meno dilatato a calice, spesso a margini dentellati e irregolari, da cui si diparte un filo opaco che procede in basso, a decorso sinuoso, nel tratto stenotico; richiamano ancora l'attenzione i movimenti peristaltici e antiperistaltici cui è in preda l'organo nel tratto soprastante la stenosi, e che ci si rivelano per il continuo alzarsi e abbassarsi del contenuto soffermatosi in questo tratto dilatato. Il rilievo di adenopatia mediastinica secondaria, quasi sempre presente nel carcinoma dell'esofago, è un ottimo criterio indiretto nei casi poco chiari per la diagnosi differenziale con le stenosi di altra natura.

L'esofagospasmo, legato il più frequentemente a costituzione nevropatica, meno sovente a cause che possono risiedere nell'esofago stesso, o in sede vicina (stomaco, faringe), dà sullo schermo immagini particolari, e si differenzia per il suo carattere d'intermittenza in successivi esami.

I sintomi di stenosi esofagea, sia essa più funzionale che organica, si ritrovano in quasi tutte le affezioni di questo organo, e talvolta anche per affezioni di organi vicini, per cui spesso cadono sotto osservazione: clinicamente, in base ai dati soggettivi e all'esame con la sonda, la diagnosi di stenosi esofagea è facile a porsi; dove cominciano le difficoltà è nella diagnosi di natura, importantissima a porsi per la prognosi e la terapia; questa diagnosi può essere decisa quasi sempre più precocemente con l'indagine radiologica: questa oltre ad avere un valore diretto, per l'esame accurato che permette di portare sul tratto stenotico, offre in molti casi un valore indiretto per ammettere od escludere la presenza di adenopatie tracheo-bronchiali, aneurismi, tumori del mediastino, ecc. In ogni caso l'unione dei rilievi anamnestici e clinici ai dati radiologici concederà quasi sempre di stabilire una diagnosi precisa.

Accenno ancora da ultimo alle paralisi e atonie dell'esofago che clinicamente si rivelano con sintomi che simulano l'esofagospasmo, mentre si può sullo schermo dimostrare un quadro tutt'affatto differente: nelle paralisi bulbari e in quelle del vago si rileva che solo con difficoltà gli ingesti riescono a progredire nell'esofago; residui rimangono quasi sempre nelle nicchie del faringe, e talvolta il bolo dall'ipofaringe riesce a penetrare nell'esofago soltanto dopo una serie di rigurgiti e inani tentativi di progressione; in seguito la semolina di contrasto permane a lungi visibile come una bendella opaca estesa a tutta lunghezza nell'esofago.

Stomaco. — Oltre che col pasto di prova accennato, lo stomaco può essere sottoposto all'indagine quando sia stato preventivamente insufflato con aria mediante la comune sonda o con gas mediante la somministrazione delle polveri di Frerichs. L'esame può essere fatto in posizione eretta, supina, laterale: ciascuna presenta vantaggi propri. L'ammalato va esaminato a digiuno; l'alvo deve essere stato evacuato con cura. Sei ore dopo il primo esame, talvolta anche prima, se ne pratica un secondo senza peraltro somministrare più nulla al paziente. L'indagine condotta metodicamente fornisce elementi diagnostici di prim'ordine, che possono completare, modificare il nocciolo delle induzioni cliniche, fuorviarlo dalla strada battuta verso un nuovo indirizzo diagnostico; in casi fortunati decide da sola della diagnosi; non escludo per contrario che, con segni clinici probativi per una data affezione, possa aversi un reperto radiologico negativo.

L'indagine permette di rilevare sia in condizioni fisiologiche che patologiche numerosi dati relativi in particolar modo alla forma, posizione, direzione, volume dello stomaco, tonicità delle sue pareti, funzione peristaltica, grado di spostabilità; essa ci rivela i rapporti dell'organo con gli altri organi addominali e con tumori clinicamente rilevati; mostra la modalità di vuotamento, ci assicura del tempo che impiega a compierlo.

Se si consideri un momento le infinite variazioni che questi caratteri possono subire e il fatto che qualsiasi affezione dell'organo implica e si circoscrive necessariamente in una o più variazione di essi, ognuno comprende a quante importanti induzioni diagnostiche possa l'indagine radiologica arrivare; la semeiotica radiologica in questo campo è ricchissima e permette uno studio del gastropaziente più efficace ed esauriente di ogni altra indagine clinica; altro vantaggio indiscutibile è quello di essere assolutamente innocuo e di potersi praticare anche su ammalati in condizioni organiche molto deperite.

Non ho intenzione con questo di affermare che l'indagine radiologica può fare a meno dell'indagine clinica nella risoluzione dei problemi della patologia e tanto meno poi in quella gastrica; necessita costantemente tra i due mezzi d'indagine una collaborazione stretta e continua, e dirò anzi di più: l'interpretazione di un quadro radiologico acquista il suo più alto valore solo in quanto è basata sul controllo clinico e ne è confermata.

Lo stomaco normale riempito col pasto di contrasto (sali impermeabili ai raggi) ci appare radioscopicamente, in posizione eretta del paziente, come un'ombra intensamente e uniformemente nera nel campo addominale grigio: l'ombra ha la forma di un tubo conico-allungato che si incurva al suo terzo inferiore e può grossolanamente paragonarsi a un corno di bue capovolto; la sua base è sormontata da una zona chiara, espressione dell'aria deglutita, in forma di semiluna col margine convesso addossato alla curva diaframmatica sinistra e col margine inferiore rettilineo, tagliante trasversalmente lo stomaco e che altro non è che il limite superiore cui arriva il pasto di prova nello stomaco.

Da questo punto scendendo nell'ipocondrio sinistro l'ombra gastrica prima di arrivare all'ombelicale trasversa si piega verso la linea mediana; raggiungendo la regione dell'epigastrio, oltrepassa la linea mediana e termina nella metà destra della stessa regione in forma di apice tronco, piloro. La direzione dello stomaco oscilla nei limiti fisiologici tra la verticale e l'obliqua da sinistra a destra; i margini ci rappresentano la grande e piccola curvatura e sono regolari e ben distinti; la grande curvatura tocca od oltrepassa la linea ombelicale trasversa. Rispetto al volume la massa del pasto di prova, 400 centimetri cubici circa, lo riempie tutto ad eccezione dello spazio occupato dalla camera d'aria. La spostabilità fisiologica, limitata verso il cardias e verso il piloro per i loro mezzi di fissazione, è debole nel tratto della piccola curvatura, massima alla grande e durante l'osservazione allo schermo la retrazione forzata delle pareti addominali, la palpazione da parte dell'esaminatore può provarne l'estensione in tutti i sensi ma specialmente in senso verticale.

Passando dallo stomaco normale allo stomaco patologico, questi elementi si trovano tutti dal più al meno alterati: la forma dello stomaco è l'elemento che subisce le più frequenti e profonde alterazioni: l'atonia, la ptosi, l'ectasia, i tumori, le retrazioni cicatriziali, i diverticoli costituiscono tutti modificazioni nella forma dell'organo. Nell'atonia l'organo assume la forma di un tubo più lungo e stretto come afflosciato nella parte media, tutto spostato a sinistra della linea mediana e più in basso; la raccolta di aria soprastante ha cambiata la sua forma da semilunare in quella di una pera allungata e capovolta. Nella gastroptosi lo stomaco presenta una forma talmente allungata da giungere quasi sul pube con la grande curvatura. La gastrectasia tipica da stenosi pilorica deforma completamente l'ombra gastrica perchè scompare la forma ad uncino; tutto il contenuto è raccolto nel punto più declive sulla linea mediana e molto al disotto della linea ombelicale trasversa, in forma di una semiluna a convessità inferiore e margine orizzontale superiore: l'ingrandimento dello stomaco non permette al contenuto di raggiungere e delineare la piccola curvatura.

Atonia, ptosi e dilatazione sono spesso associate e rappresentano per lo più l'espressione di uno stato generale astenico, per cui la modificazione di forma ripete la sua origine dalla perdita di tonicità della muscolatura gastrica che si affloscia rapidamente dopo breve stato di contrazione tonica, quando gl'ingesti sono arrivati nello stomaco; negli alti gradi manca anche questo stato transitorio di contrazione.

Questa proprietà dello stomaco di contrarsi sul suo contenuto, peristole, non può essere meglio giudicata che con l'indagine radioscopica sia in condizioni fisiologiche sia per deviazione dalla norma.

Il modo di comportarsi dello stomaco quando vi arrivano gli ingesti, il modo di scendere e di disporsi di questi, il comportarsi della peristalsi, sono rilievi che permettono di riconoscere lo stato di tonicità della muscolatura gastrica. La causa dell'ipertonia può trovarsi nello stomaco stesso (ulcera rotonda) o fuori di esso (ulcera duodenale) o nel corso di stati infiammatori a distanza (appendicite, colecisti-

ti) o può dipendere ancora da cause generali (intossicazioni, turbe neuropatiche).

L'atonia e quasi sempre legata ad anomalie di costituzione: nella forma acuta che può sopravvenire nel corso di malattie infettive gravi, per disordini dietetici o a seguito di atti operativi importanti cade raramente sotto osservazione.

Tra le modificazioni di forma dell'organo sono sopra tutte da segnalare quelle da tumori. Un tumore che invade il lume dello stomaco impedisce al pasto opaco di disegnarne in quel tratto i limiti, e ne risulterà una lacuna di riempimento tanto più grave quanto più il tumore è sviluppato; una zona chiara, nell'ombra intensamente nera dello stomaco, a margini irregolari, attesta della sua presenza.

Anche un tumore esterno al lume e che comprime l'organo, ne modifica la forma, ma mentre i margini dell'immagine lacunare nel primo caso appariranno sfrangiati, perchè la superficie di un tumore non è mai liscia e il pasto opaco viene ad insinuarsi nelle sue anfrattuosità, nel secondo caso lo spostamento della parete delimiterà una lacuna di riempimento a margine pressochè curvilineo e levigato.

Semplici infiltrazioni cancerigne della parete non offrono modificazioni di forma rilevante, a meno che non siano tanto diffuse (scirro) da portare ad un rimpiccolimento totale dell'organo; anche quando però l'infiltrazione è limitata, i margini, grande e piccola curvatura, appariranno sfumati, irregolari nel punto leso. Dirò in seguito come il decorso e carattere dell'onda peristaltica richiama anche più l'attenzione sul tratto infiltrato.

Se l'infiltrazione ha sede in alto, nelle pareti della camera d'aria, tumori della porzione sottodiaframmatica dello stomaco, in cui la diagnosi clinica non ha il conforto del reperto di palpazione, l'indagine può riuscire di sommo aiuto e spesso precoce: il deflusso di una sospensione acquosa di bismuto una volta superato il cardias trova ostacolata la sua via per la presenza del tumore e non può più scendere come normalmente tra le pliche della mucosa: si assiste allora ad una deviazione, talvolta ad un arresto momentaneo in questo tempo della discesa, nel tentativo di superare l'ostacolo, e un procedere anormale a sbalzi; anche la parete lievemente infiltrata può trattenere sulle sue asperità il bismuto, e sulle pareti nel campo della camera aereata, piccole ombre, ben note all'osservatore, si disegnano e spiccano, testimoni delle irregolarità della superficie. Manovre ulteriori permettono di rischiarare nei particolari l'anormalità rivelatasi. Anche quando l'infiltrazione ha sede sulla parete anteriore o posteriore dello stomaco, sotto il livello della camera d'aria, e non compromette la regolarità dei margini, può essere rivelata sullo schermo, durante la discesa della pappa alla parte declive dell'organo, per l'alterazione della linea stessa di discesa e per le particelle opache che lascia dietro di sè sulle irregolarità della superficie.

I diverticoli da ulcere callose e penetranti, che hanno scavato la parete o si sono perforate in un organo adiacente, si possono sorprendere per l'insinuarsi della sostanza opaca nel loro lume.

L'ombra del diverticolo riempito può debordare dai due margini dell'organo e allora l'anormalità è evidente. Più difficile è rilevarla, quando, per la sua ubicazione, l'immagine diverticolare si proietta sull'ombra gastrica: esaminando il paziente in posizione laterale si può riuscire a dissociare le due ombre e allora si rivela la propaggine che deborda anteriormente o posteriormente dai limiti dell'ombra gastrica.

Le retrazioni cicatriziali, da una deformazione in un tratto circoscritto della parete, possono giungere sino all'immagine della biloculazione, per cui l'organo appare diviso in due sacche, comunicanti per una zona più o meno ristretta: per lo più lo stomaco a clepsidra è l'esito di un'ulcera passata a guarigione; altre volte è conseguenza di una retrazione esercitata da briglie e aderenze perigastriche; anche un tumore midollare o un'infiltrazione scirrosa possono rendere questa immagine. Merito dell'indagine röntgeniana è che nella maggior parte dei casi di stomaco biloculare può riconoscere la causa dell'alterazione e giungere così a stabilire l'importante criterio prognostico di forma benigna o di forma maligna.

Il modo di comportarsi della peristalsi gastrica rappresenta un quadro di osservazione sul quale coi raggi X possiamo gettare lo sguardo in modo invidiabile, quasi esclusivo. L'indagine radioscopica mostra che nell'organo normale, dopo l'ingestione del pasto di prova opaco, compare lungo la grande curvatura, immediatamente sotto il livello inferiore della camera d'aria, un'onda rientrante che la percorre e progredisce, facendosi di mano in mano più accentuata, verso la regione pilorica, ove viene quasi a contatto, col suo punto di massimo rientramento, con la curva di un'onda simile appartenente alla piccola curvatura, per cui una piccola quantità di contenuto opaco

viene pressochè isolata dal resto e spostata sempre più verso il piloro; nel breve intervallo la sua ombra rimpiccolisce e sfuma finchè scompare: una parte refluisce nello stomaco, una parte raggiunge il duodeno. Le contrazioni si succedono ininterrottamente e ritmicamente, all'incirca ogni 20 secondi. Altre onde peristaltiche parziali e meno profonde si sommano alle precedenti durante la digestione e sono funzionalmente ritenute come onde che favoriscono il rimescolamento del chimo coi succhi digerenti.

Quasi tutte le affezioni dello stomaco richiamano una deviazione dalla norma delle contrazioni peristaltiche per frequenza e per intensità, talvolta per la direzione. Così si osserva talora un'ipermotilità dello stomaco nell'ulcera gastrica, più spesso in quella duodenale, più raramente nel corso di affezioni a distanza delle vie biliari e dell'appendice e in particolari stati neuropatici. L'ulcera semplice, che solitamente non dà segni diretti della sua presenza sullo schermo, può essere diagnosticata quando eccita come spesso accade una particolare contrazione spastica in un tratto limitato mediano della grande curvatura, profonda tanto da simulare uno stomaco biloculare: lo spasmo però è intermittente, cambia di sede in successivi esami, e cede alla somministrazione di antispasmodici; la contrazione altre volte è alterata nella sede della regione pilorica e anche qui sotto forma di spasmo, sia per ulcera *in loco* sia per ulcera a distanza.

Anche la stenosi del piloro, sia essa benigna (da cicatrice) o maligna (da tumore), provoca sempre abnorme peristalsi: specie nella prima evenienza, per lo stato ipertrofico della muscolatura gastrica, la contrazione appare profonda, lenta e talora ci mostra l'organo come diviso in tanti segmenti per il procedere e il succedersi delle onde. Talvolta si osserva antiperistalsi, per cui la contrazione procede in senso inverso iniziando al piloro: è un sintomo importante e di grande valore quando esiste, poichè nelle infiltrazioni cancerigne della regione pilorica può manifestarsi proprio all'inizio, quando ancora tutto il resto della sintomatologia radiologica manca, e quella clinica tace.

Alterazioni notevoli della peristalsi si osservano anche nel carcinoma di altra sede della stomaco, sia il tumore fungoso o a tipo infiltrativo: l'onda peristaltica iniziata normalmente arricando al tratto di parete alterata dal tumore si arresta, oppure si deforma e si appiana, diventa vermicolare e si abolisce in quel tratto. La palpazione richiamata su quel punto dal comportamento irregolare della peristalsi, può farci riconoscere una resistenza di poco conto prima non avvertita. Anche l'ulcera callosa e la perigastrite, quntunque meno frequentemente, possono indurre alterazioni simili dell'onda peristaltica.

L'indagine sulla modalità e sul tempo di vuotamento dello stomaco fornisce pure rilievi diagnostici preziosi. Normalmente a digiuno il piloro è pervio, e lo constatiamo direttamente allo schermo, perchè la sospensione acquosa di bismuto ingerita, insufficiente per sè a provocare il riflesso di chiusura, defluisce con facilità in duodeno, quando con la mano applicata sulla parete addominale la spingiamo con particolare manovra in immediata vicinanza dello sfintere pilorico. La semolina del pasto di prova provoca invece quasi subito la chiusura tonica dello sfintere, che risveglia la secrezione cloridrica. Cessato questo spasmo iniziale, si stabilisce ad ogni contrazione peristaltica un passaggio di chimo in duodeno, e il fenomeno ci si svolge per intero e con chiarezza sotto gli occhi.

La durata normale del vuotamento si aggira intorno a tre-cinque ore per la semolina con bismuto. Astraendo da variazioni fisiologiche del tempo di vuotamento da cause diverse, inerenti o alla qualità degli ingesti o alla posizione del paziente, variazioni che furono accuratamente studiate coi raggi, troviamo patologicamente il tempo di vuotamento alterato o per ritardo o per anticipo: l'ipermotilità da ulcera duodenale o da altre cause meno frequenti già ricordate lo affretta. Altra eventualità più spesso in giuoco per cui lo stomaco si vuota rapidamente è l'incontinenza pilorica: essa può riconoscere anche solo un fattore funzionale· achilia gastrica; il più delle volte è organica da infiltrazione cancerigna della regione per cui il tratto diventa rigido, o da dilatazione e sfiancamento per una stenosi duodenale a valle. Nell'un caso e nell'altro si hanno segni diagnostici distinti sullo schermo. Il rapido vuotamento per passaggio del contenuto attraverso a vie abnormi di comunicazione tra la parete gastrica e l'intestino, siano esse fistole gastrointestinali patologiche od operatorie, è direttamente constatabile durante l'indagine.

Nel ritardato vuotamento l'esame illumina se è in giuoco soltanto il fattore funzionale legato all'atonia, cui si aggiunge spesso il fattore meccanico della ptosi, o se, per una probabile ulcera in sede o a distanza, il piloro rimane chiuso per uno spasmo riconoscibile dal carattere già ricordato di intermittenza e perchè cede agli antispasmodici; o se invece la causa è or-

ganica, da esito cicatriziale di un'ulcera, da tumore che ostruisce il lume, da stiramento di briglie e aderenze perigastritiche. Un vuotamento ritardato oltre la dodicesima ora è quasi sempre criterio generico di stenosi organica.

Chiudo l'argomento affrettatamente svolto sull'indagine radiologica dello stomaco ricordando ancora che la funzione di secrezione, quando speciali controindicazioni non permettono che il chimismo gastrico sia studiato con la sonda, può essere parzialmente dilucidata per mezzo dei raggi con particolari espedienti di tecnica; e metto ancora in rilievo l'alta importanza che la palpazione combinata all'osservazione assume in ogni caso, sia per controllare se un punto doloroso alla pressione, clinicamente rilevato, appartiene o meno allo stomaco; sia per accertare eventuali aderenze dell'organo con organi vicini; sia per indagare i rapporti che un tumore addominale palpabile contrae con lo stomaco, problema frequente e spesso arduo della clinica.

Nella disamina del ricco complesso di rilievi che il metodo radiologico permette di eseguire sullo stomaco, sono risalito dai sintomi alle affezioni più importanti cui essi si connettono, accennandovi appena per non uscire dai limiti che mi son prefisso; mi è sembrato opportuno seguire questo indirizzo, per rendere più facile, al medico pratico che volesse darsene ragione, controllare e seguire al caso pratico questi rilievi sullo schermo fluorescente con la guida di uno specialista: la constatazione diretta della molteplicità e del valor edi questi rilievi lo convincerà, più di qualsiasi esposizione scritta, che l'indagine radiologica non può più esser lasciata da parte anche nella pratica comune sul gastropaziente.

Intestino. — Il contenuto opaco che defluisce dallo stomaco, può essere seguìto all'indagine radiologica nel suo progresso intestinale fino alla espulsione: il tempo che impiega, il suo modo di disporsi, nelle anse, le variazioni di queste modalità in rapporto alle frequenti e svariate turbe funzionali, e alle sue lesioni organiche, furono oggetto di accurato studio sistematico. L'indagine sui movimenti propri del tubo enterico nei suoi diversi tratti confermò e arricchì il patrimonio delle cognizioni fisiologiche sull'argomento; ulteriori perfezionamenti della tecnica, già bene avviati, promettono nuova luce per l'avvenire. Nel campo patologico l'indagine rischiara maggiormente i problemi che la clinica, in questo ramo speciale della patologia, sovente non può risolvere che soltanto con criterio di probabilità e per esclusione.

Normalmente il contenuto gastrico defluisce ritmicamente per boli in duodeno, lo percorre senza soffermarsi, chiazza il tenue di ombre di varia forma e grandezza, presentandosi talvolta in ordine sparso, disegnando tal'altra momentaneamente un'ansa del digiuno e arriva alla valvola di Bauin già alla quarta-sesta ora dall'ingestione; alla decima-dodicesima ora tutto il pasto di prova è giunto nel cieco-colon, e in questo tratto del tubo enterico, ad un dato momento della digestione intestinale, il contenuto di contrasto disegna un quadro di un'evidenza tutta particolare: cieco, colon, nelle sue varie porzioni, sigma si staccano dall'uniformità grigia dell'addome in modo sorprendente, e l'indagine permette facili e sicuri rilievi sul decorso e posizione del condotto, sul calibro, su eventuali difetti di riempimento, sui suoi movimenti, sullo stato del suo contenuto, variante già in condizioni fisiologiche secondo i momenti della digestione intestinale, alterato particolarmente nelle frequenti turbe funzionali di questa.

Raramente il pasto opaco può insinuarsi nell'appendice; talvolta si è riusciti a radiografarla; l'assenza del reperto non assurge ad alcun valore.

La palpazione praticata durante l'indagine accerta la spostabilità del tubo; ne mette in rilievo eventuali aderenze con organi vicini, localizza con esattezza il dolore che accompagna quasi costantemente le affezioni di questo tratto di intestino, spesso ne rischiara la causa e permette di accertare o di escludere la pertinenza di un tumore, clinicamente rilevabile, al colon stesso, e ancora di riconoscere i rapporti che esso contrae con tumori di altra sede contigua o a distanza.

Accennerò brevemente alle affezioni più importanti dell'intestino nelle quali l'indagine radiologica torna preziosa.

L'ulcera duodenale quando è piana e superficiale non dà segni diretti della sua presenza, così come l'ulcera localizzata allo stomaco, ma richiama segni indiretti evidenti, la cui interpretazione permette un criterio di grande probabilità: spasmi locali, contrazioni esagerate talvolta dirette in senso opposto; ipermotilità gastrica e rapido vuotamento, affrettato percorso del contenuto intestinale a valle della lesione.

L'ulcera duodenale quando è callosa e penetrante provoca quasi costantemente la formazione di false saccoccie, e il soffermarsi della sostanza opaca ne rende l'immagine sullo schermo.

Le stenosi del lume duodenale sono messe in

evidenza da dilatazioni del tratto a monte dell'ostacolo, spesso vi concomita insufficienza pilorica.

Il tratto soprastante alla stenosi appare riempito per una lunghezza varia e per una larghezza che è in rapporto col grado della dilatazione. L'esame accurato permette inoltre di determinare se la stenosi è in periodo di compensazione o scompensata. Per la diagnosi di natura della stenosi i rilievi radiologici possono in alcuni casi essere probativi per una data forma, in altri casi silenziosi.

Noto come la diagnosi di ulcera duodenale e dei suoi esiti cicatriziali, confermata al tavolo operatorio od anatomico, fu posta più frequentemente da quando l'indagine radiologica venne in aiuto alla clinica.

L'atonia dell'intestino tenue si rivela all'indagine per il soffermarsi oltre la norma del contenuto, per la particolare forma che vi assume disegnando più o meno spiccatamente il groviglio di anse che la mano dell'operatore può fino ad un certo punto districare ed esaminare rispetto al calibro, alla loro uniformità a difetti di distribuzione; l'infinita varietà d'immagini, le difficoltà di esame non indifferenti in questo campo, concede solo un valore relativo ai reperti, ma non per questo è un'indagine da trascurarsi a conferma e come controllo dei reperti clinici; senza contare che un'ansa del tenue dilatata per un ostacolo a valle si riconosce più precocemente coi raggi; e ancora che un tratto stenotico riconosciuto nelle sue particolarità, nella sua capacità funzionale, nella sua estensione, restringe il campo delle induzioni diagnostiche e prognostiche.

La constatazione di abnorme presenza di gas limitata in una porzione del tenue, la sua assenza a valle, può assurgere al massimo valore diagnostico nelle occlusioni acute. Nelle stenosi croniche del tenue, quando ancora clinicamente dura il periodo premonitorio, spesso di mesi, con turbe indeterminate e intercorrenti, già alla semplice radioscopia senza l'intermediario del pasto di prova un rilievo d'importanza eccezionale può indirizzare alla diagnosi: nel grigio uniforme dell'addome sono rilevabili dilatazioni ampolliformi sparse e di varia grandezza, spiccanti per la forte trasparenza del gas che contengono soprastante ad un livello di liquido orizzontale: esse corrispondono clinicamente al fenomeno della falsa ascite; dopo la somministrazione del pasto di prova l'indagine fornisce altri rilievi che concorrono ad accertare il grado e talora la localizzazione della stenosi. Negli stadi più avanzati di stenosi un altro reperto röntgeniano diviene dimostrativo: nel campo addominale si rileva la presenza di anse dilatate, cilindriche, avvicinate tra loro come le canne di un organo, sormontate spesso da gas.

La valvola di Bauhin può essere studiata nella sua funzione ed è conquista della radiologia averne riconosciuto la possibile incontinenza.

Il crasso può essere sottoposto ad indagine oltre che con l'intermediario del pasto di prova giuntovi nella sua normale progressione, anche per mezzo di clisteri che tengono in sospensione gommosa sali di metalli pesanti. Già senza preparazione alcuna il crasso è spesso ben ispezionabile, perchè spesso anche fisiologicamente è disteso dal gas intestinale, che lo rende sullo schermo come un nastro chiaro in mezzo al grigio uniforme dell'addome: il rilievo delle haustre permette di distinguerlo degli altri segmenti dell'intestino. La presenza di abnorme quantità di gas può già indirizzare alla conoscenza di un suo stato anormale.

La funzione motoria del crasso fu radiologicamente studiata in modo sistematico, e molto punti della fisiologia del colon furono dilucidati.

La ptosi quando raggiunge un certo grado può essere rivelata dall'indagine; gli spostamenti parziali del colon da tumori o tumefazioni di altri organi, da ascessi dell'addome, si riconoscono e possono essere distinti secondo la causa che li provoca, per la diversa posizione che viene ad assumere il tratto di colon spostato: l'indagine sostituisce in altre parole l'insufflazione del colon che si pratica clinicamente in simili casi; i rilievi che se ne traggono sono però ben più informativi.

Il quadro della stitichezza nelle sue forme ipocinetica e discinetica viene distinto con nettezza di immagini dall'indagine per la speciale disposizione che vi assume il contenuto opaco di prova. Al capitolo delle infiammazioni croniche della mucosa il sussidio radiologico porta un valido contributo: nei tratti colpiti da alterazioni ulcerose il contenuto non tappezza più uniformemente la parete, e rende un'ombra marmorizzata a chiazze oscure alternate a zone chiare, di aspetto patognomonico, che fornisce un buon criterio sull'invasione e sull'estensione del processo; altre volte appare radioscopicamente un tratto limitato di colon vuoto, o come tubo trasparente per la presenza di gas senza segmentazione. I frequenti spasmi dolorosi di un tratto, localmente o a distanza, richiamano l'attenzione già precocemente quando l'affezione è limitata.

La diagnosi di sede delle stenosi da tumori o

da cicatrice del colon e del retto trova nell'indagine un aiuto insuperabile.

Nei tumori del colon clinicamente palpabili, la palpazione allo schermo permette la localizzazione precisa, per le irregolarità e ineguaglianze di riempimento nella sede del tumore; al di sopra della stenosi il ristagno delle feci porta ad una dilatazione di vario grado, secondo la durata e l'intensità dell'ostacolo, e sullo schermo appaiono immagini affatto caratteristiche.

Merita speciale menzione il quadro radiologico che presentano neoplasie del crasso quando vengano esaminate durante l'ascendere della colonna opaca somministrata per clistere: talvolta infatti è solo con questo artificio che, per l'arrestarsi e il deformarsi della colonna opaca, si giunge alla diagnosi di stenosi neoplastica del colon la quale era sfuggita ad un precedente esame *per os*. Il fatto singolare non è ancora con certezza dilucidato, ma si tende ad ammettere per spiegarlo, una specie di azione di valvola che compirebbe il neoplasma, consentendo il passaggio della colonna fecale nella direzione consueta alle feci, ostacolando invece il cammino retrogrado.

Fegato. — Il campo di attività per la radiologia è qui fino ad oggi limitato. L'indagine ci offre un buon criterio per giudicare sulla grandezza e posizione dell'organo; l'epatoptosi ci si rivela per l'interposizione tra la sua faccia convessa e il diaframma di anse intestinali. Le neoplasie, le gomme, le cisti quando sono sviluppate sulla faccia convessa possono essere rilevate per la deformazione cui dànno luogo. L'ascesso sottodiaframmatico, specialmente quando contenga liquido e gas, si palesa alla indagine con un quadro caratteristico, perchè la cupola diaframmatica destra appare sollevata dalla superficie superiore del fegato, per l'interposizione di una zona trasparente per lo più semilunare, la quale sovrasta un livello orizzontale di liquido capace di ondeggiare per scosse impresse al paziente.

Il capitolo della calcolosi non ne ha tratto grande vantaggio: la speciale composizione dei calcoli biliari li rende poco aggredibili ai raggi: soltanto quando alla colesterina dei pigmenti biliari, trasparente ai raggi X, si aggiungono sali calcarei, i calcoli epatici possono divenire evidenti sulla lastra.

Apparato urinario. — Per l'indagine radiologica in questo campo ci serve quasi elettivamente la radiografia: sulla lastra possiamo talvolta ottenere l'immagine del rene, netto nei suoi contorni; generalmente il suo polo inferiore si disegna quasi sempre sulla lastra con relativa chiarezza. Con il sussidio dell'iniezione di soluzioni opache ai raggi X (collargolo 1/20) nell'uretere e bacinetto si riproduce, sempre distintamente quando occorra, lo stampo del loro lume; dall'esame dell'immagine ottenuta si possono avere i dati sufficienti per giudicarne l'integrità anatomica. Anche la vescica si può esaminare allo stesso modo.

L'argomento che con maggior frequenza richiama la radiografia dei vari segmenti di questo apparato è quello della calcolosi.

A differenza dei calcoli biliari, i calcoli urinari sono tanto spesso visibili sulla lastra, quanto spesso nella loro composizione entra il calcio e si può affermare che miglior sussidio di quello dato dalla lastra radiografica nessun altro metodo può concedere alla clinica per scoprirli, ad eccezione di quando si trovino in vescica liberi e che il catetere possa giungere a toccarli. La finezza del metodo si spinge fino ad informare sulle particolarità e sull'ubicazione dei calcoli nel rene.

La tubercolosi renale può rivelarsi sulla lastra, specialmente quando incrostazioni calcaree e calcificazioni hanno invaso il tessuto colpito: queste, per l'irregolarità della loro forma e dei loro contorni e per le sfumature della loro ombra, difficilmente possono trarre in errore. Quando il processo tubercolare colpisce le papille e il bacinetto, l'indagine è feconda di brillanti risultati: in questi casi l'iniezione ureterale della soluzione opaca del sale di argento infiltrandosi in quei punti ove il processo tubercolare ha portato la distruzione e la fusione del tessuto, permette di riconoscere particolarmente la sede, estensione e gravità del processo stesso.

Modificazioni di forma e grandezza del rene possono far pensare alla presenza di tumore dell'organo; ma è sopratutto la constatazione di calcificazioni arborescenti nell'ombra renale, da calcificazione del tessuto patologico, quello che ha più di una volta permesso la diagnosi; un criterio indiretto, ma della massima importanza è la constatazione di noduli neoplastici nel polmone o all'ilo che sono caratteristici come metastasi di tumori epiteliali.

L'esame delle vie urinarie previa iniezione di sostanze opache, o con introduzione in uretere di speciali sonde opache, consente inoltre spesso di stabilire la pertinenza ad esse di tumori palpabili nell'addome, o comunque di precisarne i rapporti topografici quando si tratti di tumori ad esse estranei.

***

Nel campo addominale un altro capitolo radiologico si aggiungerà fra non molto a quelli che già si impongono alla considerazione del medico pratico: è il capitolo della *radiologia ostetrica*, che non sarebbe giusto passar del tutto sotto silenzio, poichè va assumendo ogni giorno maggior importanza per la diagnosi di gravidanza extrauterina, gravidanza gemellare, feto mostruoso, viziature pelviche, ecc.

Dall'Istituto di Patologia della R. Università di Pavia.

LAVORI ORIGINALI.

OSPITALE MILITARE PRINCIPALE DI VENEZIA

Le alterazioni delle escursioni respiratorie del diaframma conseguenti alle piccole ferite circolari da proiettili (*).

Prof. GIULIO CERESÒLE, Capit. medico, Direttore del GABINETTO RADIOLOGICO-ELETTROTERAPICO.

Uno dei capitoli meno studiati della radiodiagnostica è quello riguardante la semeiotica radiologica del diaframma.

Credo quindi utile far conoscere alcune osservazioni sulle alterazioni di mobilità di questo muscolo quando sia stato trapassato da proiettili di fucile o di shrapnell.

I casi da me studiati riguardano soldati che avevano precedentemente riportato ferite al torace o all'addome, nei quali il proiettile con un decorso che tendeva ad avvicinarsi a quello dell'asse del corpo, era passato nella cavità contigua del tronco: rispettivamente in addome o in torace, attraversando il diaframma. Quando questi giovani si presentarono al mio esame, erano già guariti da un tempo che variava da pochi giorni ad undici mesi.

In questi soggetti potei osservare un sintoma di notevole costanza e cioè una limitazione nettamente manifesta nell'ampiezza dell'escursione respiratoria del diaframma dal lato ferito.

Passiamo senz'altro a riferire i casi clinici.

CASO I. — G... M..., del ... fanteria, della classe 1892. Fu ferito al torace due centimetri all'indentro e al disopra della mammella destra il 26 novembre 1915. Si presentò all'esame radiologico il 15 dicembre 1915, venti giorni dopo ferito.

Localizzai un proiettile da shrapnell nel muscolo psoas di destra un po' sotto al livello della cresta iliaca, all'indentro della mammillare, essendo il malato in posizione antero-posteriore. Data la sede del proiettile e della cicatrice d'entrata, la ferita diaframmatica doveva trovarsi nel centro aponevrotico di destra. Dai dati anamnestici, pare che il decorso della malattia sia stato favorevolissimo. Nel parenchima polmonare, di normale chiarezza, non si distingueva traccia del tragitto del proiettile. Il seno costodiaframmatico di destra era impuro (1). Il diaframma da questo lato, a respirazione tranquilla, sembrava immobile: a respirazione profonda compieva una escursione di circa un centimetro, mentre il diaframma di sinistra a respirazione tranquilla si spostava di due e mezzo centimetri, e a respirazione profonda di cinque e mezzo.

CASO II. — S... G..., Bersagliere della classe 1891. Il venti maggio 1916 mentre giaceva a terra prono, uno shrapnell scoppiò a lui vicino. Una palletta lo colpì ai lombi a sei centimetri a destra dell'apofisi spinosa della seconda vertebra lombare. Esaminato da me il venti giugno 1916, un mese dopo riportata la ferita, trovai il proiettile circa nel centro del lobo superiore del polmone destro a livello dell'angolo di Luys sulla emiclaveare. Data la sede del proiettile e della ferita d'entrata, il diaframma doveva essere stato trapassato nella porzione di destra del centro aponevrotico. Il decorso clinico sembra sia stato senza complicanze. Il seno costodiaframmatico di destra era sensibilmente impuro e l'emidiaframma da questo lato, a respirazione tranquilla, appariva quasi immobile, mentre a respirazione profonda aveva un'escursione di appena un centimetro e mezzo.

L'emidriaframma di sinistra invece aveva uno spostamento di due centimetri a respirazione tranquilla, e di cinque a respirazione profonda.

CASO III. — S... L..., del ... fanteria, della classe 1891. Nei primi giorni di maggio 1916 fu ferito a 1 centimetro e mezzo sotto la clavicola sinistra a livello del punto d'unione fra il terzo medio e il terzo interno. Si presentò al Gabinetto radiologico il 17 giugno 1916, un mese e mezzo dopo ferito. Localizzai un proiettile da fucile dietro la pars cardiaca dello stomaco, all'altezza della prima vertebra lombare, proiettivamente lungo la parasternale.

Il proiettile seguiva i moti respiratori e presentava delle lente oscillazioni proprie trasversali. Doveva trovarsi in vicinanza di qualche grosso vaso, perchè, tenendo il malato in apnea, il proiettile pulsava sincrono col cuore. La lesione diaframmatica in base alla sede del proiettile e della ferita d'entrata doveva trovarsi nei fasci muscolari lombari di sinistra. Pare che il decorso sia stato senza la minima complicanza. Non si notavano lesioni polmonari visibili e il seno costo-diaframmatico era puro. Il diaframma di sinistra si mostrava sensibilmente meno mobile; a respiro tranquillo presentava 1 ½ cm. d'escursione, mentre il de-

(*) Lavoro pervenuto in redazione il 13 ottobre 1916.

(1) Per l'esatta interpretazione dei vocaboli si deve ricordare che *seno impuro* significa che pur non essendovi aderenze le quali ne ostacolino la libera espansione, l'apice non termina con un angolo acuto, come nei seni costodiaframmatici assolutamente normali, ma appare leggermente smussato.

stro $2^1/_2$. Nella respirazione profonda la differenza si accentuava: a sinistra lo spostamento era di 2 cm. e a destra di 5 ½.

CASO IV. — M... G..., del ... fanteria, della classe 1889. Fu ferito il 1° dicembre 1915 da palletta da shrapnell in corrispondenza del punto di mezzo del margine interno della scapola destra a livello della sesta costa. Circa tre mesi dopo, verso i primi di febbraio 1916, fu inviato per l'esame radiologico. Sotto la cicatrice d'entrata, presentava traccia di frattura della sesta costa. Rinvenni un proiettile da shrapnell nel piccolo bacino dietro la vescica. Data la sede del proiettile e della cicatrice d'entrata, la ferita diaframmatica doveva trovarsi nella parte più alta dei fasci muscolari lombari di destra

Dai dati anamnestici pareva che il decorso fosse stato complicato da reazione pleurica di legger grado. Il seno costo-diaframmatico di destra era in totalità impuro, e nella sua porzione posteriore esistevano delle aderenze. Il diaframma di questo lato era notevolmente meno mobile di quello di sinistra. A respiro calmo aveva un'escursione di circa mezzo centimetro, mentre a sinistra di due e mezzo: nelle respirazioni profonde la differenza si accentuava: a destra l'escursione era di due centimetri mentre a sinistra era di cinque e mezzo.

CASO V. — D... P... F..., del .... fanteria, della classe 1892. Fu ferito il 21 ottobre 1915 da proiettile da shrapnell all'altezza della quinta vertebra dorsale sulla paravertebrale di destra. Dopo circa nove mesi il 18 giugno 1916 esaminatolo, localizzai una palletta da shrapnell nella fossa iliaca destra al livello della cresta iliaca, completamente mobile col respiro, colla tosse e colle manovre di palpazione.

La ferita del diaframma doveva trovarsi nei fasci muscolari lombari di destra. Il decorso era stato oltremodo favorevole. Il seno costo-diaframmatico di destra era puro: il diaframma di questo lato sensibilmente meno mobile del sinistro.

A respiro tranquillo l'escursione a destra era di due centimetri e a sinistra di due e mezzo. La differenza si accentuava colla respirazione profonda: a destra si aveva uno spostamento di quattro centimetri e a sinistra di cinque e mezzo.

CASO VI. — B... G..., del .... battaglione Presidiario, della classe 1890, era stato ferito da pallottola da fucile il 24 luglio 1915, in corrispondenza dell'ottava costa sull'ascellare anteriore di destra. Circa dieci mesi dopo, il 31 maggio 1916, fu da me esaminato: localizzai un proiettile da fucile quasi sottocutaneo a sinistra della quinta vertebra lombare. Data la sede del proiettile e della cicatrice d'entrata, la ferita del diaframma doveva trovarsi circa nella porzione inferiore dei fasci muscolari costali di destra formanti il seno costo-diaframmatico. Pare che il decorso sia stato lento e complicato da una certa reazione pleurica. Presentava ancora frattura dell'ottava e nona costa di destra sulla ascellare anteriore non consolidata. Il seno costo-diaframmatico da questo lato era chiuso da aderenze specialmente in corrispondenza della cicatrice d'entrata, e il diaframma era nettamente meno mobile: l'escursione, a respiro tranquillo, era di un cm. mentre a sinistra di 2 ½ cm. Nella respirazione profonda la differenza diventava maggiore: a destra si aveva uno spostamento di 2 ½ cm. e a sinistra di 5.

CASO VII. — E... A..., del .... fanteria, della classe 1891. Fu ferito in corrispondenza della settima costa sinistra sulla ascellare anteriore il 19 agosto 1915. Circa undici mesi dopo il 10 luglio 1916, localizzai un proiettile da shrapnell a 4 cm. sopra il bellico a due cm. a sinistra della linea mediana dal lato interno della parete addominale appena sottoperitoneale. La ferita diaframmatica doveva quindi trovarsi nella parte inferiore dei fasci muscolari costali di sinistra.

In questo caso l'apparecchio respiratorio appariva completamente normale: il seno costo-diaframmatico era assolutamente puro, le escursioni diaframmatiche ampie e simmetriche.

Riassumiamo in uno specchietto i sette casi sopra riferiti colle loro caratteristiche:

	Ferito da	Proiettile	Sede della ferita	Stato del seno	Mobilità del diaframma
1° Gobbi . . .	20 giorni.	shrapnell.	centro aponev. des.	d. impuro	sano c. $2^1/_2$ f. 5.5 ferito „ 0 „ 1,—
2° Santinelli . .	1 mese. .	„	id.	id.	sano „ 2,— „ 5,— ferito „ 0 „ 1,5
2° Severi	$1^1/_2$ mese	fucile . . .	fasci musc. lombari sin.	puro	sano „ 2,— „ 5,5 ferito „ 1,5 „ 2,5
4° Marchiori . .	3 mesi . .	shrapnell.	fasci musc. lombari destra	impuro, qualche aderenza	sano „ 2,5 „ 5,5 ferito „ 0,5 „ 2,—
5° Di Pietro .	9 „ . .	„	id.	puro	sano „ 2,5 „ 5,5 ferito „ 2,— „ 4,—
6° Bonzi	10 „ . .	fucile . . .	fasci musc. cost. destra	chiuso da aderenze	sano „ 2,5 „ 5,— ferito „ 1,— „ 2,5
7° Epifanio . .	11 „ . .	shrapnell.	fasci musc. cost. sin.	puro	destro „ 2;5 „ 5,5 sinist. „ 2.5 „ 5,5

c = respirazione calma.
f = respirazione forzata.

Abbiamo così passati in rassegna sette casi di lesioni del diaframma nei quali, salvo l'ultimo in cui la ferita era avvenuta undici mesi prima, si rilevava una limitazione di mobilità dal lato leso, anche lungo tempo dopo l'accidente, fatto notevole per la sensibile sproporzione fra causa ed effetto: mentre la ferita di piccole dimensioni e a contorno regolare è rapidamente guaribile, la limitazione del movimento può manifestarsi ancora molto tempo dopo. Il settimo caso però farebbe pensare che se non ci sono complicanze, al di là di dieci mesi non si troverebbe più traccia di alterazione motoria.

Si osserva che la riduzione dell'escursione respiratoria avveniva entro limiti assai ampi, come si rileva dallo specchietto. L'emidiaframma ferito veniva a trovarsi in uno stato di semicontrazione, vale a dire cercava di opporsi sia alle contrazioni forzate (inspirazione) quanto alle distensioni forzate (espirazione), cercava di mettersi in istato di riposo o per meglio dire di difesa contro le soverchie distensioni o contrazioni delle fibre traumatizzate. Che così fosse lo provano le due seguenti osservazioni:

a) La maggiore riduzione di movimento si rileva nei casi osservati precocemente dopo la ferita: infatti nei due primi casi esaminati rispettivamente venti giorni e un mese dopo il trauma, nella respirazione tranquilla il semidiaframma ferito era quasi immobile, fatto non riscontrato nei casi studiati più tardivamente. Da questo lato del torace la respirazione veniva ad essere quasi esclusivamente costale;

b) La differenza di escursione fra le due metà del diaframma diventa maggiore nella respirazione profonda: nel quinto caso per esempio si poteva dimostrare la limitazione di mobilità solo invitando il paziente a respirare profondamente. A respirazione tranquilla la differenza era appena di mezzo centimetro, mentre nella respirazione profonda diveniva di un centimetro e mezzo.

Nella genesi della limitazione dell'escursioni respiratorie bisogna però sceverare la parte dovuta alla reazione di difesa del diaframma da quella dipendente da cause concomitanti.

Per renderci conto del valore di questi due diversi coefficenti dobbiamo studiare che cosa avvenga quando ha luogo una ferita del tipo di quelle sovra esposte. Nella patologia di questi traumi dobbiamo considerare tre elementi: addominale, toracico e diaframmatico.

L'elemento addominale per i nostri casi è poco importante; passato il periodo del pericolo immediato della peritonite, non ha più alcuna efficenza nei riguardi della funzionalità diaframmatica, e ammesso pure che la lesione di qualche organo addominale, come il fegato, possa nei primi giorni dopo la ferita contribuire a limitare la mobilità del diaframma (reazione di difesa), quando ogni fatto di reazione addominale sarà passata, questo elemento, come nei casi nostri, perde ogni importanza.

L'elemento toracico (toracico-polmonare) ha per noi invece una notevole importanza. È bene quindi trattenerci un'istante sulla patologia delle ferite toraciche a canale di piccolo lume, prodotte da proiettile da fucile o da shrapnell.

Nei casi nostri essendo a decorso obbliquo, se il proiettile è entrato dalla parete toracica, avremo a considerare una apertura verso l'ambiente, un tragitto transpolmonare con due ferite alla pleura viscerale (entrata, uscita) e una apertura diaframmatica.

Se il proiettile è entrato dall'addome avremo, oltre al percorso addominale, un'apertura diaframmatica e un tragitto polmonare a fondo cieco con una ferita alla pleura viscerale.

Nel primo caso (ingresso dalla parete toracica) avremo che l'aderenza di due foglietti pleurici potrà venire alterata o da ingresso d'aria, sia dall'esterno attraverso la ferita toracica, sia dal polmone stesso per lesione dei bronchi (pneumotorace) o da sangue proveniente dalle ferite polmonari o dalla ferita toracica (emotorace), o tanto da aria che da sangue nel medesimo tempo (emopneumotorace).

Nel secondo caso (entrata dall'addome) il pneumotorace potrà pure esistere per l'aria proveniente dai bronchi lesi; in generale un emotorace non farà mai difetto.

Nelle ferite da proiettile di piccolo calibro il pneumotorace è poco frequente, l'emotorace invece è quasi costante.

Queste ferite sono relativamente poco gravi quando non siano lesi organi vitali o il proiettile non sia passato in prossimità dell'ilo polmonare. Il canale della ferita collabisce subito; l'emorragia polmonare se non sono lesi grossi vasi tende ad arrestarsi presto; i rami bronchiali di un certo calibro capaci di dare il pneumotorace, si riempiono di sangue e non lasciano passare più aria. Restano così limitato tanto l'emotorace che l'eventuale pneumotorace.

L'eventuale aria del pneumotorace si riassorbe prontamente: il sangue stravasato che si è raccolto nel seno costodiaframmatico può riassorbirsi con grande facilità per la sua proprietà di rimanere a lungo liquido nel cavo pleurico. La formazione di coaguli invece rende più difficile il riassorbimento e favorisce la forma-

zione di aderenze nei seni costodiaframmatici, dove vengono a giacere, aderenze che possono per conto loro limitare la mobilità diaframmatica. Se però avvengono infezioni il decorso non è così benevolo.

L'infezione però è rara nelle ferite da proiettili da arma da fuoco non rimbalzate e da pallette di shrapnell che non abbiano toccato il suolo, salvo però che pezzi di stoffa di vestiti non sieno stati trasportati nella ferita.

Anche la presenza di scheggie ossee può complicare il decorso. Se avviene l'infezione si avrà l'empiema o un processo gangrenoso o una bronco-pneumonite, con conseguenze, in caso di guarigione, di ampie aderenze fra i foglietti pleurici.

Da quanto si è detto riesce evidente quale può essere il coefficente toracico-polmonare nelle limitazioni di mobilità del diaframma. Se il sangue dell'emotorace sarà stato riassorbito in totalità nessun ostacolo si opporrà alle libere escursioni del diaframma, se invece la presenza di coaguli avrà dato origine ad aderenze nel seno, queste, secondo la loro ampiezza, potranno limitare più o meno intensamente la mobilità diaframmatica.

Sarà una causa meccanica di limitazione del movimento.

Viene per ultimo il coefficente diaframmatico vero e proprio, rappresentato dalla diminuzione di mobilità. Questo fatto di notevole interesse clinico e patologico rappresenterebbe una reazione di difesa del diaframma ferito al movimento che provoca una sensazione dolorosa all'individuo?

Così dovrebbe interpretarsi non potendosi pensare ad una lesione del frenico capace di limitare la mobilità diaframmatica.

Per azione spontanea il diaframma cerca di mettersi in riposo e limita l'ampiezza delle sue escursioni. Abbiamo già notato infatti che la limitazione di mobilità diminuisce col tempo e che l'emidiaframma colpito trovasi semi-contratto così da opporsi sia alle forzate contrazione (inspirazioni) che alle forzate distensioni (espirazioni), fenomeno che ricorda in certo modo lo spasmo mesogastrico nelle ulceri dello stomaco.

Nei casi da noi studiati solamente due presentavano nei seni delle aderenze che meccanicamente potevano ostacolare in certo grado la mobilità diaframmatica.

Degli altri, due erano impuri vale a dire presentavano il ricordo di un probabile emotorace, non tale però da impedire menomamente la libertà dei movimenti diaframmatici; gli altri due erano assolutamente puri. Questi ultimi quattro casi sono i più importanti perchè in essi, come causa di limitazione di movimento, non troviamo altro elemento che il diaframmatico.

Nella patogenesi di questo sintoma due altri elementi devono essere considerati, la forma del proiettile feritore, e la ubicazione della ferita diaframmatica.

Dai nostri casi non sembra che la differenza di tipo di proiettile abbia notevole importanza: vediamo il proiettile da fucile e le pallette da shrapnell produrre conseguenze simili.

Sarebbe stato interessante stabilire se il grado di limitazione dell'escursione diaframmatica fosse differente a seconda del punto colpito dalla ferita. Se fosse maggiore quando il trauma interessava i fasci muscolari o il centro aponevrotico. Dall'esame dei nostri casi, si dovrebbe ritenere che le ferite del centro aponevrotico dovessero produrre una maggiore limitazione: vedi 1° e 2° caso; dobbiamo osservare però che erano i due più recenti: non è detto quindi che riesaminati qualche mese dopo, la limitazione fosse maggiore che nei casi dove la ferita interessava i fasci muscolari.

Questa limitazione di mobilità può infine costituire un segno diagnostico: infatti se in un soggetto ferito al torace o all'addome con proiettile ritenuto non si rinviene la pallottola nella cavità del tronco corrispondente alla ferita d'ingresso, mentre il diaframma dal lato del trauma presenta una diminuzione di mobilità non giustificata da altri fatti, si può ritenere che il proiettile abbia attraversato il diaframma.

Il fatto maggiormente notevole è tuttavia la lunga permanenza di questa limitazione di movimento che fu possibile rilevare ancora dieci mesi dopo la ferita, senza la giustificazione di condizioni anatomiche. Forse questo fatto va ritenuto come una diminuita attitudine alla contrattilità di quel muscolo rimasto per parecchio tempo semicontratto; infatti trattandosi di una piccola ferita a contorno regolare non pare possibile che permangano a lungo fatti dolorosi limitanti la mobilità, poichè invitando il paziente ad eseguire profonde inspirazioni ed espirazioni, questi non accusa alcuna sofferenza.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI RADIOLOGIA E RADIOTERAPIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. FRANCESCO GHILARDUCCI.

Sopra un caso di difficile ed esatta localizzazione radiografica di un corpo estraneo (1)

per il prof. F. GHILARDUCCI.

Ho l'onore di riferire sopra un caso, il quale si presenta particolarmente interessante per alcune difficoltà di tecnica radiologica, per gli accorgimenti usati nel superarle e per il felice esito dell'intervento chirurgico che ha coronato la difficile ricerca.

Si tratta di una giovinetta di 16 anni la quale or fanno 17 mesi nel porsi a sedere ebbe conficcato un ago nella natica destra. Un intervento chirurgico praticato il giorno appresso non ostante la radiografia eseguita riuscì infruttuoso. La ragazza non ebbe molestia per lungo tempo, ma da qualche giorno ha dolori nella natica destra, che la obbligano a zoppicare: ci viene indirizzata dal prof. Alessandri per l'accertamento e la localizzazione del corpo estraneo. All'esame obiettivo si nota nella regione femorale esterna superiore una cicatrice lunga 10 centimetri, segno dell'intervento precedente; la pressione a livello della fossetta retro-trocanterica provoca dolore; non vi è sintomo di Lasègue. Una prova radiografica eseguita per orientarsi in posizione ventro-dorsale mostra un frammento di ago un po' al disopra della spina iliaca posteriore inferiore.

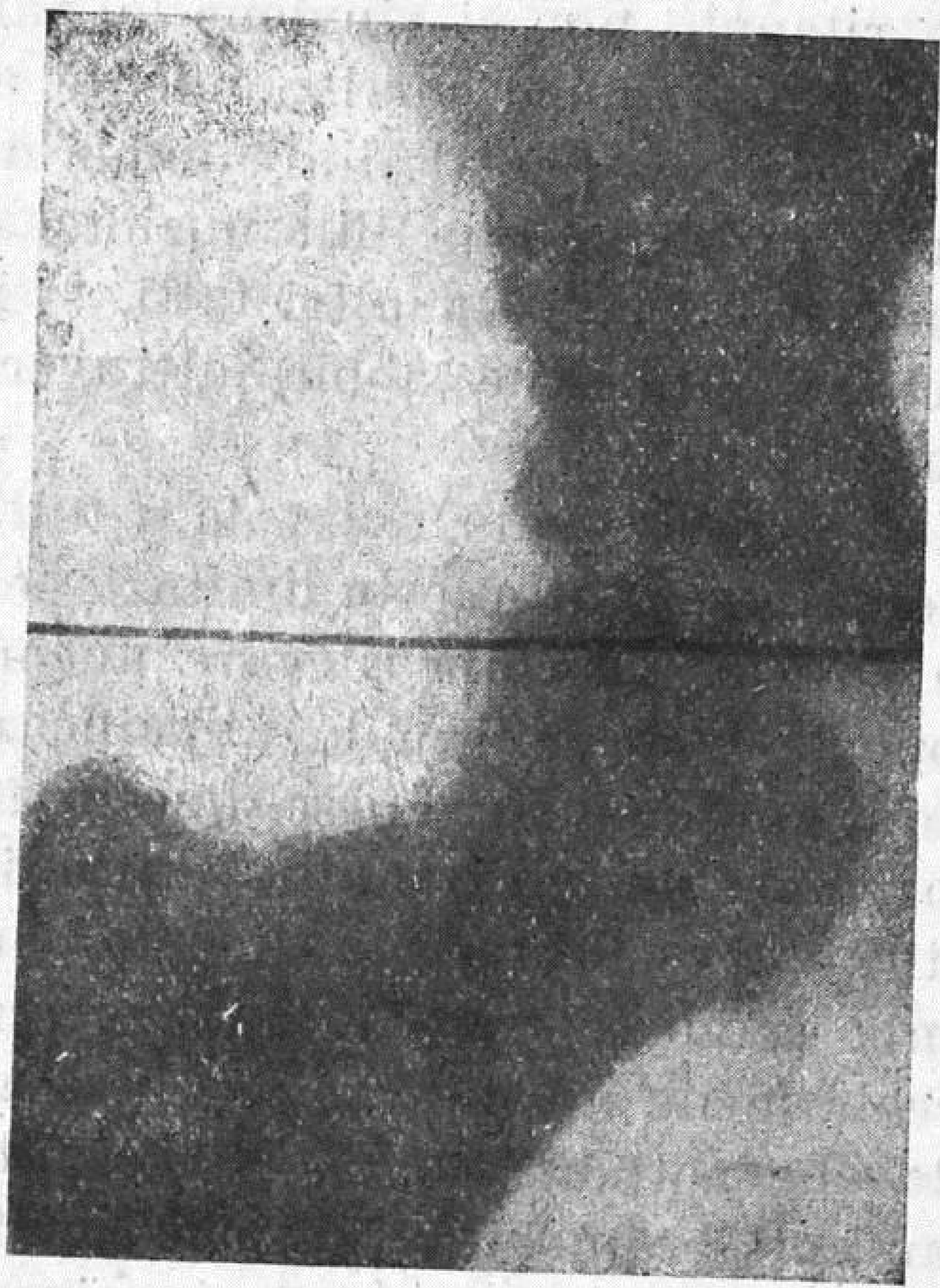


Fig. 1.

L'ago non è visibile radioscopicamente, debbo perciò ricorrere al mio metodo radiografico che viene eseguito stando l'inferma coricata sul trocoscopio in posizione supina. La ricerca della profondità urta contro gravi difficoltà; per quanti tentativi si facciano variando il grado di durezza dell'ampolla e la durata della posa, non si riesce ad avere sulla lastra le due ombre dell'ago: una di queste viene evidentemente nascosta dall'osso iliaco, sotto il quale viene proiettata l'ombra dell'ago durante uno degli spostamenti, nè miglior risultato si raggiunge facendo lo spostamento dell'ampolla in senso parallelo all'asse del corpo, ciò che si ottiene facilmente coll'assicurare al binario sul quale scorre la cassetta portampolla due morsetti distanti l'uno dall'altro 20 centimetri. Invece lo scopo si raggiunge felicemente per mezzo del seguente artifizio ideato dal tecnico dell'Istituto Luciano Cardarilli. Sullo *chassis* che contiene la lastra viene assicurato per mezzo di due liste di pflaster un filo metallico che lo divide in due metà. Si esegue una prima radiografia e successivamente una seconda dopo aver cambiato la lastra e spostato l'ampolla di 20 centimetri (figg. 1 e 2). Sulle due lastre si scorgono chiaramente un frammento di ago e l'ombra del filo metallico; non resta che misurare la distanza tra ciascun frammento di ago ed il filo metallico, e nella somma delle due distanze avremo gli elementi per accertare la profondità. La distanza complessiva tra le due ombre dell'ago è di 51 millimetri, i quali secondo la



Fig. 2.

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia Medica di Roma il 25 febbraio 1917.

mia scala dànno la profondità di 122 millimetri, dunque la distanza lastra ago è di 122 millimetri. Per determinare la direzione fisso una piccola croce di piombo con un foro centrale un po' al disopra della piega dell'inguine, dispongo l'ampolla in modo che il suo raggio normale corrisponda al centro della croce, ciò si ottiene in modo perfetto quando la punta dell'asticina metallica che attraversa il piccolo schermo fluorescente coinciderà col centro della croce. Si esegue una terza radiografia. Sulla lastra si vede chiaramente la croce dell'ago; sopra un foglio di carta trasparente applicato sulla lastra (dalla parte del vetro) si disegna il centro della croce (O) colle sue branche ed un punto corrispondente alla punta dell'ago (a). Si unisce O con a: l'ago si troverà certamente sulla linea Oa. La posizione esatta si può trovare con una grafica o con un calcolo molto semplice (1).

Per trovare col calcolo la posizione esatta si sottrae dalla distanza anticatode lastra (600 millimetri) una distanza equivalente alla distanza ago-lastra (nel nostro caso 122 millimetri) si ha la cifra di 478 millimetri.

Applicando la nota formula sulla proporzionalità dei lati omologhi nei triangoli simili (v. schema) si ottiene:

$$OA : oa :: Ap : x$$

ossia:

$$600 : 370 :: 478 : x$$

dunque:

$$x = \frac{370 \ x \ 478}{370} = 29,4 \text{ millimetri.}$$

Un rapido esame dello schema annesso (fig. 3) dimostra come si possa trovare la distanza esatta dell'ago dal centro della croce anche con una semplice grafica: tale distanza è data dalla linea PA''.

Si può fare a meno del calcolo o della grafica con notevole risparmio di tempo facendo uso della squadra graduata che io presentai a questa Accademia sui primi del 1915 (2).

Qualunque sia il metodo impiegato si riporta sulla linea Oa la distanza trovata di 29,4; l'ago si trova in a'. Ci si accerta che il soggetto non si sia spostato, osservando se la punta dell'asticina metallica corrisponde sempre al centro della croce: si solleva il piccolo schermo fluorescente, si adatta il foglio di carta sulla croce metallica fissata sulla pelle in modo che il disegno coincida colla croce ed attraverso un piccolo foro praticato in a' si segna sulla pelle il punto di ritrovo corrispondente alla direzione dell'ago: si dispone il sistema ampolla-schermo fluorescente in modo che la punta dell'asticina metallica coincida col punto di ritrovo segnato sulla pelle, si legge sull'asticina millimetrata la distanza schermo-pelle che nel caso attuale è di 71 millimetri; sottratta questa cifra da quella che rappresenta la distanza la-

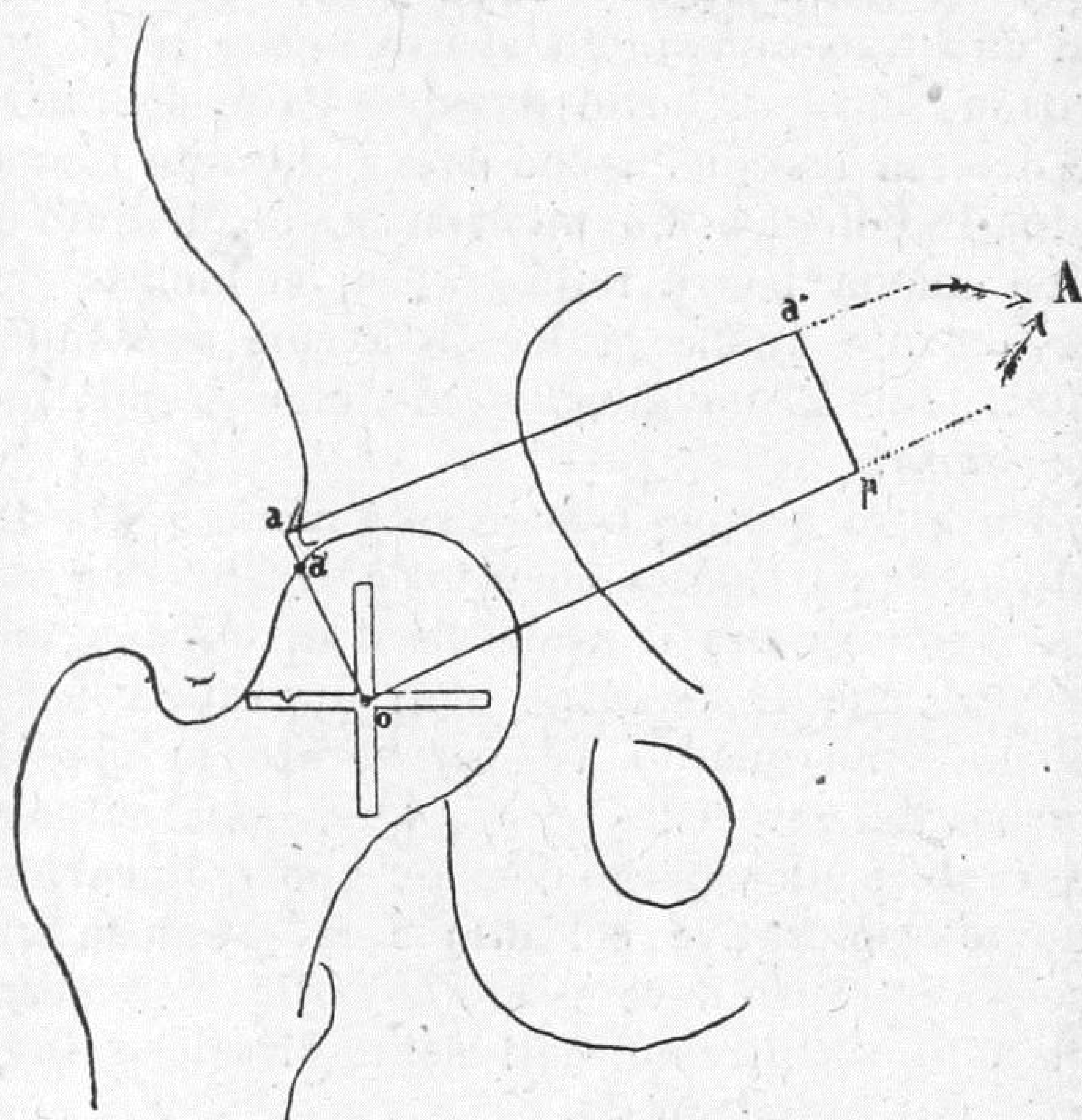


Fig. 3.

stra-ago che è di 122 millimetri, abbiamo 51 millimetri, distanza reale dell'ago dal punto di ritrovo segnato sulla pelle: si determinano quindi, colla tecnica che ho descritto più volte, due punti di ritrovo laterali: l'ago deve trovarsi sull'incrocio della perpendicolare abbassata dal punto di ritrovo anteriore colla linea che unisce i due punti laterali ad una profondità di 51 millimetri.

La ragazza fu operata subito dal prof. Zappelloni il quale trovò il frammento di ago rapidamente ed esattamente nella sede indicata.

Il caso che ho riferito dimostra a quali risultati può condurre anche in difficilissime condizioni di ricerca l'indagine radiologica quando sia condotta con criteri razionali e secondata dall'opera fiduciosa di un chirurgo intelligente.

Quello che ho riferito è l'ultimo di una lunga serie di altri casi, tutti esattamente localizzati col mio metodo ed operati felicemente. Può pa-

---

(1) *Sopra un nuovo metodo radiografico per la determinazione esatta dei corpi estranei.* (Bollettino della R. Accademia Medica di Roma, anno XLI, fasc. III-IV, 1915).

Sopra un metodo semplice ed esatto per la localizzazione radiografica dei corpi estranei. (Policlinico, Sezione Pratica, anno 1916).

(2) V. lavoro citato.

Una squadra simile, ma molto più perfetta, è attualmente in costruzione dalla Ditta Gorla.

rere strano che i risultati da me ottenuti non concordino collo scetticismo manifestato anche recentemente da eminenti chirurghi e radiologi italiani e stranieri sulla esattezza e la utilità dei metodi geometrici di localizzazione.

Nelle mie pubblicazioni già ricordate e specialmente nell'ultima (1) ho lumeggiato le cause del disaccordo. La responsabilità degli insuccessi è in parte dei metodi radiologici i quali per lo più dànno un solo punto di ritrovo sulla pelle; una indicazione simile è quasi sempre insufficiente per il chirurgo. Col mio metodo si localizza il proiettile in qualsiasi caso, anche negli organi più spessi, all'incrocio di due linee ortogonali determinate da tre o quattro punti segnati sulla pelle. Ciò fornisce al chirurgo una guida sicura anche se la posizione data al ferito durante l'atto operativo è diversa da quella che aveva durante l'indagine radiologica. Col mio sistema e coll'aiuto di una buona lastra radiografica, si facilita notevolmente anche la localizzazione anatomica alla quale si dà giustamente una grande importanza.

Un altro gruppo numeroso d'insuccessi è dovuto ad una tecnica operatoria errata. Per cercare ed estrarre il proiettile è di assoluta necessità che il chirurgo eviti durante l'operazione tutto quanto può provocare lo spostamento del proiettile stesso, l'incisione cutanea dev'essere piccolissima, si devono evitare manovre esplorative col dito e la presenza del corpo estraneo deve essere avvertita per mezzo di aghi sottili conficcati nella direzione indicata dal radiologo (2).

Si deve in gran parte a questa tecnica messa in opera dal prof. Alessandri e dai suoi allievi se nei numerosi casi osservati, compreso quello difficilissimo oggi riferito, non abbiamo avuto a lamentare un solo insuccesso.

---

(1) V. lavori citati ed ultimo: *Sopra di alcune cause di errore nella ricerca e nella localizzazione dei proiettili per mezzo dei raggi X.* (Policlinico, Sezione Pratica, 1916).

(2) V. il lavoro già citato: *Sopra alcune modalità tecniche*, ecc., pag. 13 c. s.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Dott. G. C. TRABACCHI
Roma - Istituto Fisico della R. Università.

Alcune considerazioni intorno agli apparecchi radiostereoscopici.

Per realizzare la visione radiostereoscopica, prescindendo dal fattore «*giudizio*» e ammettendo solo il principio Euclideo che «*vedere il rilievo è ricevere per mezzo di ciascun occhio l'impressione simultanea di due immagini dissimili dello stesso oggetto*», si può dire che due sole sono le vie da seguire: o separare *nello spazio* le due proiezioni, fatte da punti diversi contemporaneamente, e presentarle separate ai due occhi, ovvero effettuare la loro separazione *nel tempo* facendole avvenire in tempi diversi, succedentisi rapidamente, e facendo corrispondere a ciascuna di esse l'apertura di uno degli occhi dell'osservatore.

Il primo metodo costituisce la base della ordinaria visione in rilievo ma è il meno applicabile nel caso dei raggi X.

A meno che non ci si contenti di osservare una ristrettissima regione, nel qual caso è possibile separare le due zone di proiezione con lamine di piombo opportunamente disposte, il metodo non è applicabile che con artifizi praticamente non utilizzabili.

L'altro metodo, che consiste nell'illuminare alternativamente i due tubi, e osservare le due proiezioni fatte sullo stesso schermo con un dispositivo capace di coprire sincronicamente i due occhi, in modo che ad ognuno di essi sia presentata una sola delle due proiezioni, non è altro che il trasporto nel campo dei raggi X del metodo di proiezioni stereoscopiche inventato nel *1858* da D'Almeida e che ebbe poca fortuna per la mancanza di praticità, sebbene fosse veramente geniale nel principio.

L'inconveniente essenziale di questo metodo è dato dai vincoli imposti dal sincronismo fra il sistema di proiezione e quello di osservazione.

Il D'Almeida collegava meccanicamente gli schermi che occultano alternativamente, sia gli obiettivi da proiezione, che gli occhi degli osservatori.

Poichè le proiezioni sono in generale fatte per più persone, sarebbe necessario provvedere il macchinario di un gran numero di tali apparecchi di osservazione il che evidentemente non è pratico.

Dato però che nel campo della radiostereoscopia è in generale uno solo che deve osservare, l'unica modificazione da introdurre nel me-

todo di D'Almeida consiste nel *rendere assolutamente indipendenti meccanicamente gli organi della proiezione da quelli della osservazione.*

Nel 1902 Th. Guilloz (1) propose l'uso di due interruttori meccanici azionanti alternativamente due rocchetti di induzione, mentre sullo stesso asse di rotazione, che comandava i due interruttori, era calettato il dispositivo che determinava le eclissi degli occhi.

Un tale apparecchio, se può interessare come fonte di esperienze ricreative e sensazionali, non ha, per la mancanza di libertà di movimento dell'osservatore, alcun carattere di praticità perchè non è possibile con esso osservare le varie parti di un paziente in piedi e coricato come sono soliti di fare i medici con gli ordinari apparecchi radioscopici.

dovessero risolvere definitivamente il problema.

Così, fra gli altri, il Dessauer propose un apparecchio che comparve in vari cataloghi di costruttori ma che non ha corrisposto all'aspettativa.

Le ragioni dell'insuccesso, a mio parere, sono le seguenti: negli apparecchi a contatti giranti, per quanto si facciano brevi gli archi del selettore, poichè la tensione perdura elevatissima almeno per la metà di ciascun semiperiodo, ne viene che le pause fra due accensioni successive sono dello stesso ordine di durata delle accensioni stesse. Ora, poichè per rendere del tutto indipendente il dispositivo di osservazione, si deve collegarlo al motore sincrono con una trasmissione flessibile, non è possibile raggiungere la netta separazione delle immagini;

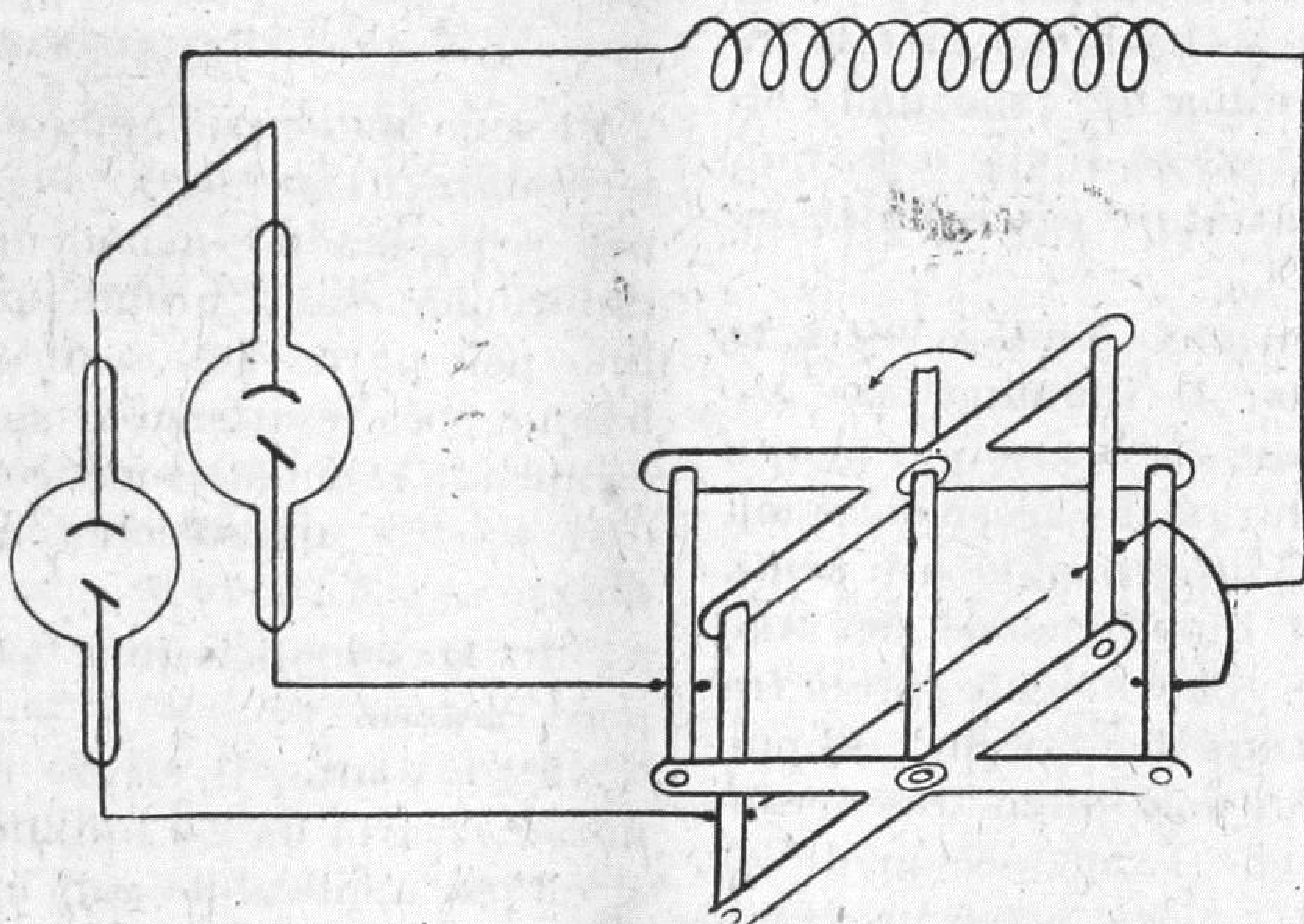


fig. 1.

Lo stesso Guilloz (2), poco appresso, introdusse una modificazione consistente nell'uso di un solo tubo oscillante, con rilevante rapidità, fra le due posizioni di proiezione; eliminava con questo la metà dell'istrumentario ma poichè tale modifica, che è poi di dubbio impiego, non facilita affatto la necessaria indipendenza dell'apparecchio di osservazione, io ritengo che dei due metodi il secondo sia meno utilizzabile del primo.

Quando cominciarono a diffondersi gli apparecchi a contatti giranti, con i quali è facile accendere alternativamente due tubi e, dato l'impiego di correnti alternate si può comandare il selettore degli occhi con un motore sincromo, furono proposti nuovi apparecchi radiostereoscopoci che a prima giunta sembrava

infatti, per la inevitabile elasticità di torsione della trasmissione, le note oscillazioni del motore intorno al sincronismo si trasmettono, esagerate e complicate, al settore girante (o oscillante) davanti agli occhi in modo che ciascun occhio, oltre alla immagine che gli spetta, vede *inevitabilmente* un po' dell'altra.

La visione stereoscopica che si ha con tali apparecchi è pertanto non solo incerta, ma fastidiosissima e spesso, insistendo nella osservazione, si finisce per provare dei disturbi paragonabili a quelli che provocano i difetti di accomodamento dell'occhio.

Un perfezionamento che forse permetterebbe di realizzare una netta visione stereoscopica anche con prolungate illuminazioni dei tubi e pause brevi, consisterebbe nel fare il selettore degli occhi in modo che le aperture di essi fossero istantanee. Sarebbe facile così che ciascuna avvenisse durante l'accensione di uno

(1) Compt. Rend., t. 134, p. 756.
(2) Ibidem, t. 136, p. 611.

solo dei tubi. A parte le difficoltà meccaniche di un tale dispositivo, rimane la obbiezione che una gran parte della luminosità dello schermo andrebbe inutilizzata e cioè si avrebbe una scarsa chiarezza di visione pur irradiando fortemente il soggetto e ciò con pericolo per esso non lieve.

Nel 1915 (1) dopo averlo sperimentato e mostrato a molti eminenti radiologi che, forse a causa delle su esposte ragioni non avevano mai potuto vedere un apparecchio radiostereoscopico in funzione, proposi un dispositivo che ovvia agli inconvenienti sopra considerati.

Alla alternativa accensione dei due tubi provvedono, in modo assai semplice due *interruttori elettrolitici sincroni* (2) i quali determinano delle illuminazioni brevissime separate da lunghi intervalli; infatti ciascun rocchetto utilizza un solo semiperiodo di una corrente alternata e l'unica rottura che ha luogo in tale intervallo di tempo determina nel tubo una corrente, la cui durata, al regime di due o tre milliampère, ho potuto constatare essere inferiore a 1/20 del semiperiodo.

Ne consegue che, durando l'intero periodo 1/45 di minuto secondo, le illuminazioni durano meno di 1/1800 di m^s e le pause più di 1/90 di m^s e cioè per una durata di accensione minore di *uno* si ha una pausa maggiore di *venti*.

Con un tale tipo di illuminazione dei tubi non è più necessario un collegamento rigido fra motore sincrono e selettore degli occhi e si può servirsi, come io feci, di una lunga trasmissione Bowden, in modo che l'apparecchio di osservazione può seguire, senza preoccupazioni, lo schermo fluorescente in tutte le sue posizioni, imposte dalle esigenze della tecnica.

Pur essendo convinto ancora oggi della praticità dell'impiego di due *interruttori elettrolitici sincroni*, per la alternativa accensione dei due tubi, riconosco che, in alcuni casi, il radiologo può desiderare di avere un apparecchio che, come avrebbero dovuto essere quelli a contatti giranti, mentre sopperisce a tutte le esigenze del lavoro quotidiano, possa, all'occorrenza, servire anche alla radiostereoscopia.

Un apparecchio a corrente alternata, con motore sincrono e interruttore a getti di mercurio in dielettrico gassoso (tipo Ropiquet), munito di selettore di onde può, con semplici mutamenti di collegamenti, come mostra la figura 1, servire alla conveniente accensione dei tubi.

(1) Rend. Acc. Lincei, vol. XXIV, pag. 190; Nuovo Cimento, vol. XI.

(2) Rend. Acc. Lincei, vol. XXIV, pag. 126.

È noto, infatti, che negli interruttori del tipo suaccennato si può far variare, entro limiti abbastanza vasti, la durata delle illuminazioni dei tubi, e per conseguenza delle pause, facendo variare la ampiezza delle lamine colpite dal getto di mercurio: si raggiungono pertanto delle condizioni che si avvicinano molto a quelle ottenute con gli *interruttori elettrolitici sincroni* e inoltre, quando non occorra la radiostereoscopia, si ha un apparecchio che, sebbene di media potenza, può essere altrimenti utilizzato con vantaggio.

Profondimetro Luisada-Toccafondi.

Prof. EZIO LUISADA
libero docente nel R. Istituto di Studi Superiori in Firenze.

PRELIMINARI.

Vi sono numerosi apparecchi destinati a determinare la localizzazione dei corpi estranei nel corpo umano, ma alcuni sono complicati: richiedono esami prolungati o calcoli a tavolino per parte del medico. Altri semplici, o hanno poca esattezza o sono meccanicamente complessi e quindi sono costosissimi.

Il nostro apparecchio ha i seguenti vantaggi:

1°) È semplicissimo, poco ingombrante e poco costoso.

2°) È esatto. (L'errore possibile di determinazione varia da 2-5 millimetri al massimo).

3°) È applicabile agli impianti già esistenti nei gabinetti od a qualsiasi tavolo di radioscopia.

4°) È molto rapido. (Le osservazioni e la lettura della scala di profondità non occupano oltre 2-3 minuti di tempo).

5°) Non necessita alcun movimento del paziente durante la osservazione.

6°) Risparmia al medico talvolta assorto da altri pensieri qualsiasi calcolo permettendogli di leggere sulla *squadra speciale* direttamente la cifra della profondità in mezzi centimetri alla quale il corpo estraneo si trova.

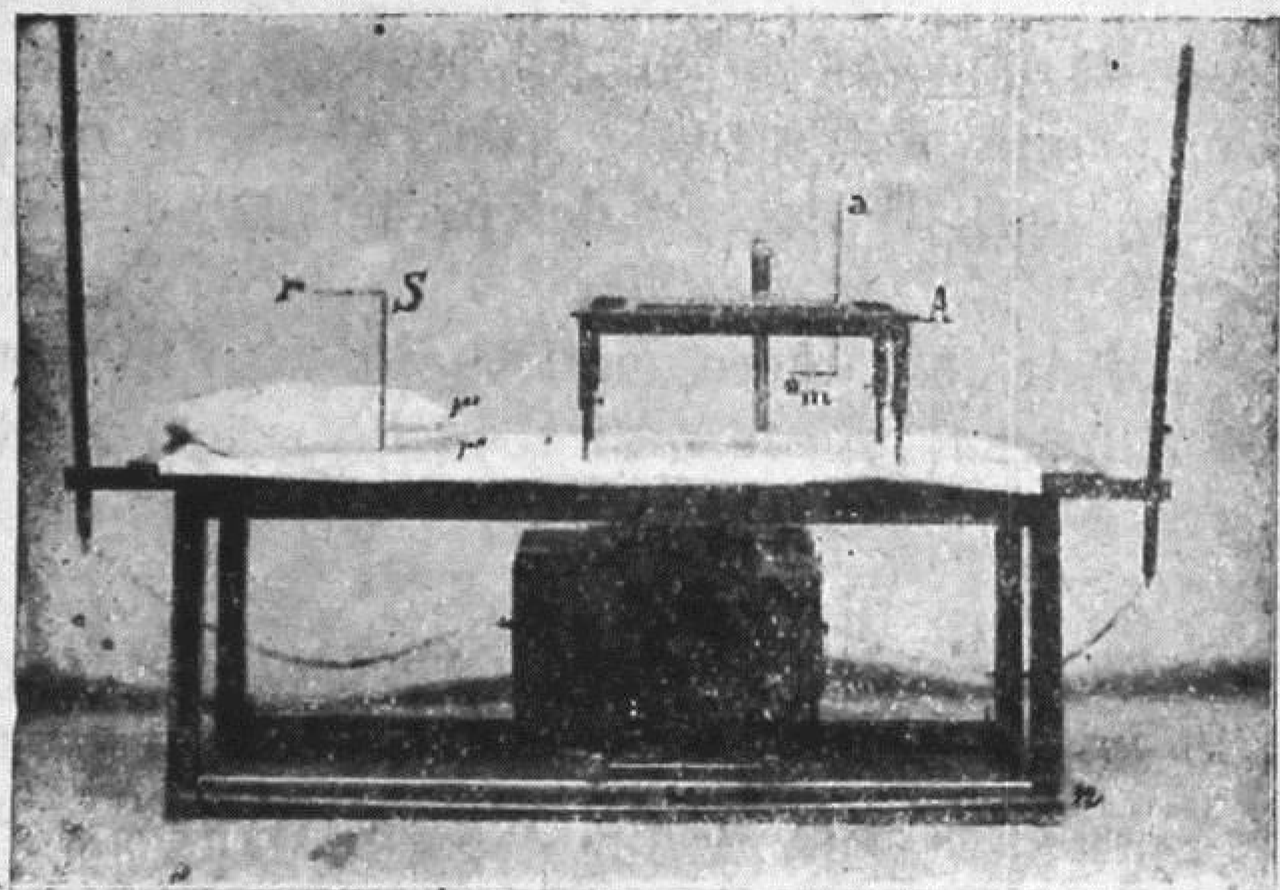
DESCRIZIONE DEL PROFONDIMETRO.

1° Un telaio porta-schermo (*A*) con quattro piedi allungabili.

2° Uno schermo fluorescente X (che può essere anche quello comune di misura 30×40) con telaio perforato. Sul vetro è marcata una graduazione in centimetri. Lo schermo è spostabile orizzontalmente nelle due direzioni entro il telaio B.

3° Una asticella di metallo (*a*) graduata in centimetri che scorre verticalmente attraverso lo schermo fluorescente od il suo telaio e porta all'estremo inferiore un braccio laterale in legno (*b*) al cui estremo è sospeso un mirino ad alette (*m*).

4°) Un mirino (*m*) metallico formato da quattro alette semicircolari. Il mirino in sezione orizzontale disegna una croce. Esso porta all'estremo inferiore una punta metallica cilindro-conica.



5°) Un nastro centimetrato metallico (*n*) da adattarsi sulla rotaia dei carrelli trocoscopici od alle gambe dei tavoli radioscopici comuni, destinato a misurare gli spostamenti del tubo Roentgen mediante una lancetta.

6°) Una lancetta (*l*) fissata sul carrello o sul sostegno porta tubi.

7°) Una doppia squadra (*S*) in metallo a forma di zeta. Essa è composta di un braccio superiore (*r*) trasversale graduato in centimetri che porta un corsoio metallico (*c*) al quale è attaccato un filo di seta; di un'asta più lunga graduata in mezzi centimetri (*t*) e di due bracci inferiori (*r'*, *r''*) pure graduati in centimetri, e paralleli e distanti di cinque centimetri uno dall'altro.

DESCRIZIONE DEL METODO.

Il metodo si basa sulle seguenti operazioni radioscopiche:

Preliminari.

1°) Situazione del tubo a 60 centimetri di distanza dal piano dello schermo ovvero a 70 centimetri (differendo i resultati a seconda di queste due distanze). Usando del comune trocoscopio orizzontale o di un altro apparecchio col tubo protetto mobile sotto il letto radiografico si può sistemare l'altezza dello schermo mediante il telaio con piedi di lunghezza variabile.

Determinazione di una prima linea immaginaria verticale.

2°) Ricerca del raggio normale che attraversi il corpo estraneo nel suo centro e ciò si fa invece che col metodo comune delle due croci poste a distanza, con l'esame radioscopico di un mirino ad alette (*m*) che deve dare, mediante opportuni spostamenti del tubo o dello schermo fluorescente, l'impressione visiva di una sola croce sovrapposta al centro del corpo estraneo o di quella parte di esso che si preferisce. Inoltre si fa coincidere l'ombra del corpo estraneo, sovrapposta al centro del mirino, con il grado *0* della scala (*x*) segnata sul vetro dello schermo (*B*).

Dati relativi alla prima osservazione.

3°) Facciamo quindi la determinazione della distanza fra la superficie cutanea della regione ricercata e lo schermo fluorescente e ciò si fa semplicemente facendo scorrere l'asticella *a* fino a che la punta del mirino venga a sfiorare la pelle; si legge allora sull'asta graduata la cifra in centimetri. In pari tempo leggiamo sulla rotaia centimetrata (*n*) del trocoscopio il numero indicato dalla lancetta (*l*) per questa prima posizione. Prendiamo appunto delle due cifre.

Ricerca di una seconda linea immaginaria obliqua e sua determinazione.

4°) Si sposta quindi il tubo con la cassetta trocoscopica lateralmente verso destra di un percorso di circa 10 cm., talvolta più, talvolta meno, finchè l'ombra del corpo estraneo si sia nettamente distanziata da quella del mirino (qualche volta occorre spostare il mirino lateralmente perchè l'ombra del proiettile risulti ben distinta).

Si fa infine una seconda lettura sulla scala dello schermo onde leggere la nuova cifra che coincide con l'ombra del proiettile spostatasi verso sinistra e ne prendiamo appunto.

Lettura del punto d'incrocio delle due linee immaginarie e della profondità di questo punto dalla superficie cutanea dove il mirino ebbe contatto.

5°) Facciamo quindi la lettura del punto d'incrocio delle due linee immaginarie partenti dall'anticatode, traversanti il corpo estraneo fino allo schermo fluorescente, basandoci sul fatto che la 2ª linea immaginaria si allontanerà tanto più dallo *0* quanto più basso sarà il punto d'incrocio, cioè il corpo estraneo. Per fare la lettura molto semplicemente ci serve la squadra graduata (*S*) usandola nel modo seguente:

Si fa scorrere colla mano il corsoio (*c*) sul braccio (*r*) fino a segnare la stessa cifra letta in centimetri sullo schermo fluorescente nella seconda osservazione, e che abbiamo notata; si tira quindi il filo ad essa collegato e si fa passare sopra il braccio (*r'*) [se la distanza tra il tubo e lo schermo fu di 70 centimetri in giusta corrispondenza della cifra risultante in centimetri dallo spostamento fatto dal tubo sulla rotaia graduata; se la distanza fra il tubo e lo schermo fu di 60 centimetri si adopererà il braccio (*r''*); *si legge allora sulla scala* (*t*) *la cifra indicata dal punto dove il filo incrocia la medesima* e questa rappresenta *la distanza del corpo estraneo dallo schermo fluorescente.*

Basta sottrarre da questa cifra quella già nota che indica la distanza dello schermo dalla superficie cutanea (e che abbiamo letto sull'asticella scorrevole (*a*)) ed avremo ottenuto la profondità del corpo estraneo dalla cute *nel punto* dove *il mirino toccava,* e cioè dove la prima linea immaginaria traversava l'epidermide. In questo punto sarà segnato con inchiostro indelebile un segno di *repere.*

Avvertenze.

1°) Il tubo Röntgen deve essere centrato con cura, come del resto in qualsiasi operazione radioscopica o radiografica in modo che il raggio normale passi per il centro del diaframma della cassetta.

2°) La distanza dell'anticatode dallo schermo fluorescente deve essere sempre esattamente di 60 o 70 centimetri perchè la scala (*S*) delle letture ha la misura proporzionata a queste due distanze.

3°) La lettura degli spostamenti in basso ed in alto deve essere fatta con cura tenendo conto anche dei millimetri e la cassetta trocoscopica deve essere ben fissata tanto nel primo che nel secondo esame nei punti voluti dall'esaminatore.

Dall'insieme della descrizione risulta che con l'apparecchio ora descritto si è voluto rendere semplice e pratico e rapido un metodo basato sul principio già conosciuto di utilizzare l'incrocio di due raggi passanti per un corpo per localizzare la profondità. A mezzo del *mirino speciale* (*m*) da noi ideato si abbrevia la ricerca del raggio normale (in confronto al solito mezzo della doppia croce).

A mezzo dei due telai scorrevoli dentro al terzo telaio più grande *B* (già in altri campi di studio applicati, ma da noi soltanto usati a questo scopo) si rende pronta la coincidenza del raggio normale col punto desiderato del corpo estraneo, e a mezzo infine della *squadra speciale* (*S*) da noi ideata e del filo che la incrocia, si riproducono le linee di passaggio dei due raggi incrociantisi nel corpo estraneo e si sopprime qualsiasi calcolo nella ricerca della distanza del punto di incrocio sia dallo schermo che dall'anticatode rendendo così la ricerca rapidissima e niente affatto faticosa.

NOTE E CONTRIBUTI.

Brevi considerazioni sulla ricerca radioscopica dei proiettili.

Dott. FILIPPO LEOCATA

Già prima dell'attuale guerra erano numerosi i metodi di ricerca dei proiettili nel corpo umano.

Scoppiata la guerra, coll'aumentare in modo straordinario la necessità della ricerca dei proiettili sono anche aumentati i metodi di ricerca.

Questi metodi sono frequentemente apparsi nei giornali medici sia italiani che stranieri e molti sono stati anche pubblicati sul *Policlinico.*

Non credo e non reputo opportuno discutere singolarmente ogni metodo, ma faccio rilevare che il solo fatto di essere numerosi dimostra non avere nessuno di questi metodi raggiunto pienamente lo scopo.

La semplicità, la praticità e l'esattezza, che dovrebbero essere le principali prerogative di ogni metodo, mancano in tutti quelli finora pubblicati, i quali non sono semplici perchè tutti richiedono un apparecchio speciale o per lo meno delle modificazioni più o meno complicate ai comuni apprecchi di radioscopia; non sono esatti perchè la determinazione della profondità del proiettile riesce difficile per notevoli coefficienti di errore; non sono pratici perchè sia pure determinata con molta approssimazione la profondità del proiettile, questa ha chirurgicamente una relativa importanza perchè non è la conoscenza di questa profondità che interessa il chirurgo, ma sibbene i rapporti del proiettile cogli organi più o meno vitali che gli sono vicini.

Nessuna meraviglia, quindi, se esprimo l'opinione che non solo non si è ancora trovato un metodo veramente buono per la ricerca dei proiettili nel corpo umano, ma che, con ogni probabilità, questo metodo non si avrà mai.

Sono invece convinto che, anche senza adottare alcun metodo, si possono ricercare i proiettili e dare al chirurgo delle indicazioni abbastanza esatte e praticamente più utili di quelle che possa dare un qualsiasi metodo.

Riferisco a tal uopo la maniera di ricercare i proiettili che io ho adottata nei sette mesi di servizio prestato al Gabinetto di radiologia dell'Ospedale militare di Palermo.

Il gabinetto è provvisto per la radioscopia di un trocoscopio Balzarini, ottimo apparecchio che non lascia niente a desiderare e non ha nulla da invidiare a quelli stranieri.

Fatto spogliare il soggetto da esaminare e fattolo stendere sopra il trocoscopio in posizione supina, vi si porta lo schermo fluorescente sopra la regione da esaminare ed in modo da sfiorarla appena.

Con un buon tubo ed una manovra semplicissima si arriva in pochi secondi a trovare il proiettile.

Si tratta ora di indicare con tutta approssimazione il posto in cui trovasi.

Ed allora, tenuto conto che l'immagine data dal proiettile sullo schermo fluorescente è tanto più nitida quanto più il proiettile è vicino allo schermo stesso, si gira e rigira l'arto, o la regione che sia, nei diversi sensi fino a tanto che questa immagine sia ben nitida. In questo caso si può essere sicuri che il proiettile trovasi nella parte della regione esaminata più vicina allo schermo.

Si fanno quindi eseguire all'arto numerosi movimenti attivi e passivi, comprimendo anche colle mani le diverse masse muscolari che circondano il proiettile. Se così facendo si possono imprimere al proiettile dei movimenti vivaci, non è difficile localizzare in corrispondenza di quale massa muscolare trovasi il proiettile.

Che se invece esso subisce difficilmente dei movimenti, se ne deve dedurre che esso è profondo e più o meno vicino allo scheletro.

In altri casi infine il proiettile rimane immobile e conserva i suoi rapporti collo scheletro in qualunque posizione venga messo l'arto ed anche in questi casi con opportuni cambiamenti di posizione è facile stabilire se il proiettile è semplicemente addossato allo scheletro o addirittura conficcato dentro il tessuto osseo.

Lo stesso criterio in massima si adotta per la ricerca dei proiettili nell'addome e nel torace. I movimenti attivi e passivi e le diverse posizioni fatte assumere al soggetto permettono di localizzare con molta approssimazione il proiettile ed indicare i suoi rapporti cogli organi vicini.

Maggiori difficoltà si riscontrano per la ricerca dei proiettili nel cranio, ma anche lì è facile stabilire con manovre manuali semplicissime se il proiettile è intracranico o estracranico e dopo con un esame radioscopico o radiografico sia nel senso antero-posteriore quanto laterale, si può ottenere una localizzazione molto esatta.

Debbono ancora in ogni caso aiutare alla localizzazione esatta del proiettile i disturbi funzionali a cui esso eventualmente dà luogo, il posto del foro di entrata e la probabile direzione tenuta, non disgiungendo mai l'esame tecnico della ricerca dall'esame clinico del soggetto.

È così che si possono dare al chirurgo delle indicazioni utilissime perchè non solo si determina la maggiore o minore profondità del proiettile, ma si ha il modo di stabilire i suoi rapporti coi diversi organi vicini e giudicare se è il caso di intervenire ed in che modo.

Quando ad es. diciamo che un proiettile si trova a cm. X dalla faccia anteriore del torace non abbiamo dato nessuna indicazione pratica, mentre quando diciamo che il proiettile trovasi nello spessore della parete toracica, o nel tessuto polmonare, o nel mediastino in prossimità dei grossi bronchi: noi non solo abbiamo localizzato il proiettile nella sua profondità, ma ne abbiamo determinato i rapporti cogli organi vicini ed implicitamente rilevato la maggiore o minore operabilità del caso.

Sono di parere che quanto ho detto è di una straordinaria semplicità e che non vi è nulla di nuovo, ma il solo fatto che pullulano ancora fra i giornali medici i metodi di ricerca dei proiettili, dimostra che queste nozioni, così semplici, non sono sufficientemente sfruttate.

Quanto sopra ho esposto ha poi il grandissimo vantaggio di potersi eseguire con i comuni apparecchi di radioscopia (trocoscopi) senza portarvi nessuna modificazione.

Mi auguro infine che dai nostri costruttori di apparecchi elettromedicali, che si sono dimostrati tanto intelligenti, sorga l'iniziativa di un apparecchio che possa servire contemporaneamente sia per gli esami radioscopici che per gli interventi chirurgici.

Lo scopo non è difficile ad ottenere nè occorrono troppe modificazioni all'apparecchio di radioscopia.

La chirurgia di guerra ne ritrarrebbe un grande vantaggio quando si pensi che lasciando l'infermo su uno stesso tavolo si potrebbe passare in pochi secondi dall'esame radioscopico all'atto operativo e da questo a quello.

Con un simile apparecchio si potrebbero fare pure delle riduzioni ed immobilizzazioni ideali di fratture evitando tutti i gravi inconvenienti di fratture mal ridotte; ciò che renderebbe molto utile l'apparecchio anche indipendentemente dall'attuale chirurgia di guerra.

Biancavilla (Catania), gennaio 1917.

SERVIZI SANITARI.

CROCE ROSSA ITALIANA
SECONDA SEZIONE RADIOLOGICA - TERZA ARMATA
Capitano medico EMILIO GREGO, direttore.

Dopo un anno di lavoro.

IL BILANCIO TECNICO.

All'alba della nostra guerra, S. E. donna Bice Tittoni otteneva che gli italiani di Francia contribuissero con una somma cospicua ad arricchire la Croce Rossa di materiale sanitario di vario genere. Ed avendo potuto constatare i prodigiosi servigi che le autoambulanze radiologiche rendevano sui campi di battaglia dell'esercito alleato, offerse alla Croce Rossa di allestirne una del tipo da stabilire, che meglio potesse essere adatta al terreno su cui la nostra guerra si svolgeva.

Incaricato dalla On. Presidenza dell'Associazione di recarmi a Parigi per coordinare praticamente in questo senso le idee dell'eccelsa donatrice, procurai, scegliendo fra la grande varietà di autoambulanze radiologiche, che ancora non avevano trovato l'eccellenza di un unico tipo, di studiare una forma di autovettura che rispondesse in tutto e veramente ai fini cui doveva servire.

Mi parve di aver raggiunto l'obbiettivo allorchè riuscii a combinare le seguenti condizioni costruttive:

1° *robustezza dello chassis, con un motore di forza e di resistenza adeguata* (la Fiat 15 ter rapporto Libia mi sembra praticamente la più adatta);

2° *indipendenza del gruppo elettrogenico dal sistema motore dell'automobile* (allo scopo di evitare alla macchina dell'automobile, non fatta di per se stessa per agire da ferma, altre cause di pannes all'infuori di quelle inevitabili nei viaggi);

3° *leggerezza di tutto il materiale radiologico da trasportarsi in ogni ospedale al letto del malato* (il rocchetto, la resistenza, gli accessori tutti che debbono esser tolti dalla macchina e trasferiti ad ogni servizio nell'ospedale, divisi in cinque colli non pesano più di 70 kg. complessivi);

4° *potenzialità sufficiente dell'apparecchio radiografico, e cioè sorgente elettromotrice capace di azionare un rocchetto intensivo, colla possibilità di eseguire degli esami radiografici se non istantanei, almeno con pose brevissime* (la dinamo azionata da un motorino Renault di 4 cavalli dà una corrente continua di 110-130 volts a 20 ampères; l'interruttore di Campostano tipo Rotax della Sanitas, sostituito in seguito a quello, a turbina Gaiffe, permette, dato il rocchetto intensivo brevetto Rochefort-Gaiffe, di ottenere nell'ampolla Röntgen fino a 10 m.a).

Nello stabilire queste come le qualità ideali di una autoambulanza radiologica che doveva avere come caratteristica quella di andare poco soggetta a guasti che ne impedissero il funzionamento, senza pregiudizio dei suoi organi, fui guidato unicamente da un logico raziocinio.

Infatti tanto migliore giudicai potesse essere il servizio richiesto all'autoambulanza radiologica, quanto più rapido e facile fosse il montaggio e smontaggio dell'armamentario radiologico, una volta salvaguardata la robustezza e la forza del macchinario.

Il resoconto statistico del lavoro dell'annata, dimostra come i miei concetti realizzati nella costruzione della autoambulanza radiologica donata dalla colonia italiana di Francia, abbiano avuto dalla pratica il più convincente battesimo di praticità.

Infatti, mentre in 12 mesi l'automobile, non rimase inattivo in complesso più di 20 giorni ed anche questi per attuare la periodica necessaria toilette della macchina, mai per guasti di qualche entità; la vettura percorse quasi 13.000 kilometri (ad onta dei suoi 40 quintali di peso) assai spesso per strade quasi inaccessibili; si trasferì in ospedali, ambulanze ecc. perchè richiesta, 568 volte; permise fossero eseguite in complesso 4973 indagini radiologiche.

Dalla esperienza compiuta, col raffronto anche delle autovetture radiologiche in servizio nella Croce Rossa e nell'esercito, credo di potere in modo assoluto proclamare la superiorità del tipo che la generosità della colonia italiana in Francia mi permise di far costruire. La maggior potenzialità degli apparecchi dirò così di tipo italiano, mentre è quasi sempre superflua, va a tutto detrimento della facile spostabilità dell'istrumentario, condizione questa fondamentale in un servizio radiologico mobile in cui le richieste affluiscono a ondate nei periodi di maggiore attività bellica. Inoltre la complessità dell'istrumentario reca di conseguenza, come l'unicità dell'apparecchio motore, una maggior frequenza di pannes.

Mi fu possibile, date le qualità intrinsiche dell'apparecchio e dell'automobile, in un sol giorno, varie volte, percorrere oltre 200 kilometri, montare e smontare l'istrumentario in sette ed otto ospedali, eseguire più di cento esami radiologici.

A distanza di un anno per ciò, se nuovamente mi venisse proposto il problema della costruzione della più pratica autoambulanza radio-

logica, lo risolverei nell'identico modo con cui lo risolsi un anno fa. Mi è grato su queste conclusioni, dettate dall'esperienza, richiamare la viva attenzione dell'On. Presidente dell'Associazione e delle Autorità sanitarie Militari, perchè sarebbe possibilissimo con macchinario esclusivamente italiano costruire in Italia delle ambulanze radiologiche aventi i requisiti su enumerati, ch'io ritengo indispensabili nell'esercizio della radiologia da campo.

IL BILANCIO SCIENTIFICO.

Non mi è possibile per ora estendere un compiuto bilancio scientifico dell'attività della nostra sezione. Certo che nella ricchezza del materiale traumatologico presentatosi all'esame radiografico, notevolissimo è il contributo che si potrebbe e si dovrebbe portare agli studi radiologici. Ed è mia intenzione, quantunque purtroppo una notevole parte del materiale radiografico sia andata ineluttabilmente perduta per le ragioni già esposte in precedenti relazioni, portare la mia modesta, per quanto forse non inutile cooperazione, a questi studi, non appena la desiderata sosta nel lavoro me lo consenta.

È certo, ad esempio, che l'indagine radiologica nella traumatologia craniense, assai cose può insegnare riguardo ai fenomeni di scoppio che si verificano con assoluta costanza, per quanto lieve sia il trauma subìto dal cranio. Infatti a traumi anche di minima entità corrispondono talvolta imponenti infrazioni, vere fissures, della vitrea, irradiantesi in tutti i sensi, talvolta a partire dal focolaio del trauma, talvolta dalla parete opposta o dal vertice, se pure il trauma ha per sede ad esempio l'occipite e non ha per nulla intaccato l'apparente integrità dei tessuti. A coordinare armonicamente queste deduzioni, ho volto e sto volgendo la mia attenzione.

Altro studio cui dovetti necessariamente dedicarmi, fu quello della localizzazione radiologica dei corpi estranei.

A semplificare il processo di localizzazione, rendendolo accessibile alla inevitabile imperfezione dei nostri apparecchi, rivolsi tutta la cura.

Esclusi pertanto i mezzi radioscopici non pratici (data la mobilità del servizio, che impedisce al radiologo di sostare durante l'intervento chirurgico, assistendo il chirurgo e permettendogli di operare con l'immediato sussidio del reperto radioscopico), mi convinsi che soltanto le localizzazioni radiografiche sono possibili nella radiologia da campo. E pur essendo persuaso nella pratica che il metodo più sicuro di localizzazione è quello eseguito col sussidio del compasso di Hirtz, unico, a mio avviso, fra le centinaia di metodi preconizzati che dia al coltello del chirurgo la guida assolutamente esatta, data la brevità del tempo a disposizione del radiologo e la molteplicità delle richieste, procurai di ridurre al minimo il bisogno di localizzazione col compasso di Hirtz.

Nel caso di permanenza di proiettili nel cranio, nel collo, nelle ossa lunghe, od anche nelle vertebre del dorso, semplificai l'opera di localizzazione, ricorrendo sempre al metodo delle radiografie esattamente ortogonali, col sussidio dei punti di repere. Il bisogno di localizzazione più complesso lo limitai perciò soltanto ai casi di corpi estranei nel torace e nel bacino. Ed anche in questi casi tutte le volte che mi fu possibile, ritenni sufficiente l'esecuzione della stereometria volta a determinare la precisa profondità del proiettile e trovai che il metodo, avendo cura di mettere e di segnare nella cute un punto di repere, è il più delle volte, se non esatto al millimetro, idoneo al fine.

Nei casi complessi in cui l'indagine più scrupolosa si imponeva, il compasso di Hirtz solo mi diede sempre quegli ottimi risultati che già avevo constatato in Francia e che permisero la diffusione del metodo in tutti gli ospedali della sanità militare francese, inglese e belga.

* * *

Ma il campo in cui l'indagine sperimentale della sezione ebbe maggior agio di svolgere la propria attività fu quello dello studio della semplificazione che consentisse di intensificare il lavoro secondando il moltiplicarsi direi quasi affannoso delle richieste, dato che all'aumento di queste non aveva corrisposto adeguato aumento di apparecchi radiografici nell'armata.

Nella memoria pubblicata nel luglio « *Radiologia da campo* » dò già ampia relazione degli studi a tal fine intrapresi, intorno alla sostituzione del cartone radiografico alle lastre.

Per quanto l'intensità del lavoro abbia interrotto ogni mia ricerca sperimentale metodica, è certo che, senza pregiudizio dei perfezionamenti che si potranno apportare al sistema radiografico in parola col perfezionarsi dei sostrati fluorescenti, l'uso del cartone radiografico in luogo della lastra, rappresenta una vera e propria conquista della tecnica radiologica, conquista cui sono lieto di aver portato il più ardente contributo.

Trascrivo le conclusioni che nel luglio enunciavo al termine della mia memoria sperimentale, perchè allo prova dei fatti dopo tre mesi

di esperienza intensiva mi risultarono scrupolosamente esatte.

La sostituzione del cartone radiografico Tensi alle lastre presenta i seguenti vantaggi:

1° *una riduzione enorme di tempo nella esecuzione delle radiografie. Mentre in venti minuti non mi riusciva di sviluppare bene nella minuscola camera oscura dell'autoambulanza che una sola radiografia, ho potuto nello stesso tempo svilupparne 18;*

2° *una straordinaria semplificazione nei processi successivi allo sviluppo ed al fissaggio, potendo essere sufficiente ad una discreta conservazione dei fogli, dieci minuti di lavaggio in acqua anche non corrente;*

3° *la possibilità di conservare tutto il materiale radiografico, dando in possesso immediato del chirurgo dell'ospedale una o più copie della eseguita radiografia e conservandone una altra o più altre per l'archivio radiografico della Sezione;*

4° *una maggiore semplificazione di trattamento del materiale radiografico;*

5° *riduzione fino all'inapprezzabile del peso, considerando che nel maggior numero dei casi dovendosi procedere a ricerca di corpi estranei si è obbligati ad usare lastre di gran formato;*

6° *economia di materiale per la cessazione delle inevitabili rotture di vetro;*

7° *una straordinaria chiarezza di dettaglio nelle immagini radiografiche, indiscutibilmente più nette che sulla lastra, pur dando i medesimi vantaggi della lettura della stessa in negativa;*

8° *trattandosi di immagine diretta l'abolizione della perdita dei minuti particolari, che costantemente si effettua nella riproduzione della positiva;*

9° *abolizione di tutto il farraginoso, dispendioso, noiosissimo lavoro di stampa delle positive, che mi obbligava ad immobilizzare una o più persone in Ufficio;*

10° *una economia enorme di denaro, pari a 3/4 della spesa occorrente per le lastre, data anche la naturale soppressione della stampa dei positivi.*

Il resoconto statistico di questi ultimi quattro mesi in cui adottai il metodo, raffrontato con quello dei primi quattro mesi di lavoro, dimostra l'assoluta verità delle suesposte conclusioni. Il progressivo aumento di operazioni, con diminuzione di spesa proporzionale unitario non è in rapporto con un aumento di lavoro, ma con il progressivo perfezionarsi del metodo radiografico da me adottato.

Nel primo quadrimestre di esercizio dell'Unità si eseguirono in complesso 742 operazioni radiologiche il cui costo medio risultò essere di lire 16,78 ciascuna.

Negli ultimi quattro mesi si ebbe invece questo risultato:

	Numero operazioni	Spesa unitaria per operazione
Maggio	387	10,79
Giugno	709	5,46
Luglio	801	5,61
Agosto	1542	3,09

Il bilancio scientifico della nostra attività che a questo punto non si può scindere dal bilancio economico di cui segue, è a mio avviso assai soddisfacente e giustifica la cortesia con cui l'On. Presidenza volle far cenno sul *Bollettino Ufficiale* della nostra Associazione del lavoro da noi compiuto, esortando le Unità della Croce Rossa ad adottare il metodo radiografico da me preconizzato.

* * *

Nel corso del nostro lavoro, data la mia costante preoccupazione di dare un contributo di praticità alla diffusione della radiologia da campo, mi convinsi sempre più delle teorie da me validamente sostenute anche in una mia precedente relazione presentata all'On. Delegazione Generale che l'On. Intendenza Generale trovò equa nelle conclusioni tratte (Vedi « Appunti e considerazioni sulla radiologia da campo », *Policlinico*, maggio 1916).

Sostenevo in essa come i metodi radiografici nel servizio mobile da campo dovessero completamente sostituire l'indagine radioscopica che non può riuscire che imperfetta e poco esauriente per la deficienza dell'istrumentario degli ambienti in cui si svolge, per la fretta con cui è necessariamente eseguita; mentre l'indagine radiografica presenta il vantaggio della maggior esattezza e consente di lasciar traccia durevole dell'esame compiuto con risparmio di denaro e di tempo nei casi di traslocazione, potendo la radiografia del ferito accompagnare la cartella nosologica, con evidente interesse dello studio del decorso clinico dell'infermità.

In base a questi concetti, col conforto di tutti i direttori degli ospedali e degli ospedaletti da campo, io eseguii sempre l'indagine radiografica valendomi solo eccezionalmente e come sussidio di quella; mai come fine a se stessa, dell'indagine radioscopica.

IL BILANCIO ECONOMICO.

La spesa totale sopportata in un anno di esercizio ascende a L. 42,805.98 che ripartita su 4973

indagini radiologiche, fa raggiungere L. 8.08 la spesa per ogni indagine.

La cifra globale di L. 42,805.98 fu valutata con concetti strettamente industriali. Figurano infatti in essa L. 9000 di ammortamento macchinario calcolato all'inizio in L. 30,000 e lire 5000 circa di deperimenti vari. Non fu tenuto calcolo alcuno del materiale in magazzino alla fine dell'esercizio del valore di varie migliaia di lire.

La spesa necessaria al funzionamento dell'Unità sono di due specie: quelle fisse irriducibili riguardanti il personale e quelle oscillanti riguardanti l'esercizio dell'automobile (benzina, gomme, riparazioni) che variano col variare del kilometraggio, ed i consumi radiografici che oscillano coll'aumentare e col diminuire del lavoro. Essendo le prime, quelle irriducibili le più imponenti, è logico che deve diminuire il costo unitario delle singole prestazioni coll'aumentare del numero di queste.

L'introduzione dei metodi radiografici di cui ho estesamente parlato, avendo permesso alla sezione di quintuplicare la propria attività, ha concesso di poter ribassare in proporzione, il costo unitario degli interventi radiologici. E ciò quasi indipendentemente dal fatto che un esame radiografico eseguito su cartoncino costa tre volte meno che eseguito su lastra, data anche l'abolizione della stampa dei negativi. La spesa mensile infatti si mantenne quasi la stessa mentre le operazioni che si poterono compiere andarono negli ultimi mesi aumentando in proporzione geometrica. Ne risultò che la spesa unitaria di ogni singola prestazione subì pure una diminuzione nella stessa misura. Nel primo quadrimestre di esercizio, ogni indagine radiologica venne a costare L. 16.78.

Tale spesa che nel 1° bimestre dell'anno 1916 ascese a L. 19.96 andò via via diminuendo fino a raggiungere il minimo dell'annata nell'ultimo mese di esercizio, in agosto, in cui si ridusse a L. 3.09.

Anche il bilancio economico perciò, al pari di quello scientifico ed industriale, rappresenta per la nostra sezione ragione di legittimo compiacimento.

IL BILANCIO MORALE.

È questo forse il bilancio più soddisfacente a trarre dopo un anno di lavoro compiuto con animo forte e sereno, collo sguardo fisso ai più radiosi destini della Patria. Nell'opera ardua svolta con amore e con fede costante, non posso non rammentare chi con me subì le ansie e le vigilie spesse volte affannose, incurante del non infrequente pericolo, dei disagi continui, della stanchezza che non conobbe abbandoni. All'esiguo manipolo dei componenti il personale della mia Unità, come ai modesti ma validissimi miei cooperatori, rivolgo questa ben meritata parola di lode che a tutti spetta per la parte singolarmente da ciascuno compiuta.

È tanto più legittimo e doveroso questo ricordo quando si rifletta che il servizio radiologico non conobbe soste nè riposi mai. Se in un periodo di limitata attività le richieste radiologiche furono sempre tali da non concedere giorno di arresto, nei periodi di intensificata azione bellica, si fu obbligati a lavorare ininterrottamente senza tregua, assai spesso fino a tarda notte, non concedendo l'esiguità del personale turni di servizio.

Dall'alacrità con cui questo fu compiuto, fanno fede i plausi frequenti rivolti alla nostra sezione dai direttori di Sanità dei vari corpi d'Armata e dai direttori degli ospedali da campo e da guerra della III Armata.

L'Ambulanza radiologica accorse sempre ovunque fu chiamata, senza distinzione, prestando l'opera propria così presso le Unità della Croce Rossa che presso quelle della Sanità Militare, tanto nelle formazioni sanitarie di prima linea che in quelle delle retrovie.

Sono lieto e fiero che il bilancio morale di questo anno di lavoro abbia potuto essere esteso anzichè da me, dalla parola di chi richiese e si valse dell'opera nostra, dal direttore degli Ospedali presso cui più frequentemente ed attivamente dovetti prestar servizio avendo presso di essi eseguita una inchiesta riguardante:

1° *l'efficacia del servizio radiologico mobile eseguito con la mia autoambulanza*;

2° *la praticità dell'adozione del cartone radiografico in sostituzione delle lastre*;

3° *le eventuali modificazioni da apportarsi al servizio perchè meglio risponda ai suoi fini.*

Ottenni un plebiscito di assoluto favore riguardante sia l'efficacia del servizio eseguito coi metodi di cui dispone questa sezione, che la sostituzione del cartone radiografico alle lastre che tutti indistintamente trovarono ottima ed opportuna, lamentarono unicamente che una sola ambulanza di questo tipo prestasse servizio nell'Armata.

CONCLUDENDO:

La lunga opera che ancora ci attende prima che le sorti di questa guerra rude e gloriosa siano definitivamente segnate, consentono di arrestarsi alle tappe per volgere addietro lo sguardo soddisfatto del lavoro compiuto, solo in

quanto l'orgoglio ben giustificato possa dar lena a riprendere la sudata via per far meglio e di più.

Per ciò soltanto, unicamente per ciò, volli redigere questo minuzioso rendiconto dell'anno ora trascorso.

La sezione radiologica ha già intrapreso il nuovo cammino.

Zona di Guerra, ottobre 1916.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Riunioni medico-chirurgiche nel IV Corpo d'armata.

19 febbraio 1917.

Proiettile juxta-cardiaco e proiettile endo-cardiaco.

Prof. VITTORIO MARAGLIANO
maggiore medico della C. R. I.

L'O. dopo una rapida rivista della letteratura sull'argomento riferisce anzitutto di un ferito il quale, avendo ricevuto il proiettile di fucile, nell'emitorace destro sulla linea ascellare media all'altezza del nono spazio intercostale, rivelò poi all'indagine radioscopica il proiettile nel mediastino posteriore in tutta vicinanza del ventricolo destro del quale seguiva fedelmente le pulsazioni.

Il proiettile fu localizzato juxta-cardiaco o conficcato in parte nel muscolo cardiaco.

Il ferito di cui si ebbero notizie dopo un anno, gode buona salute e presenta soltanto un po' di dispnea che ripete la sua origine più probabilmente dall'emotorace pregresso.

Il caso presenta interesse per la discriminazione diagnostica e per la tolleranza del mediastino ai corpi stranieri in esso situati.

Assai più interessante è il secondo caso. Si tratta di un ferito, De B... R..., soldato di fanteria, il quale fu colpito nel giugno 1916 da una pallottola di shrapnell scoppiatogli molto da vicino.

La ferita a fondo cieco è all'ascellare sinistra posteriore.

Il ferito, caduto a terra, potè dopo poco tempo, circa un'ora, risollevarsi e recarsi da sè al posto di medicazione. Ebbe emottisi e modico emotorace.

Si rimise abbastanza rapidamente, ma, essendo tormentato ancora da disturbi vaghi, dispnea al minimo sforzo, cardiopalmo, dolori alla spalla sinistra, si presentò dopo circa due mesi alla indagine radioscopica.

A questo esame si ritrovò una pallottola situata nell'ombra cardiaca da cui non si stacca in qualsiasi proiezione si guardi il ferito e si trova precisamente sulla linea mediana alla altezza del terzo spazio intercostale e nel tratto anteriore dell'ombra cardiaca.

Questo punto corrisponde anatomicamente al punto in cui convergono aorta, nel suo cammino intrapericardico, polmonare ed auricola destra.

Ma ciò che havvi più di interessante in questo caso, è la grande mobilità che ha il proiettile colle pulsazioni cardiache; e cioè, esso non ha solamente pulsazioni, ma un movimento ora vorticoso, ora pendolare, ora elissoidale della ampiezza almeno di 3 cm. e che si accentua nelle forti inspirazioni.

Venendo alla discriminazione critica del caso, l'O. concede che, data la posizione del proiettile, dalla discussione clinica emergerebbe che esso possa essere extra-cardiaco per quanto in intimo contatto col cuore. In questo caso dovrebbe essere collocato nel tessuto celluloadiposo che si trova fra aorta polmonare ed orecchietta destra. Come vi sia giunto è difficile a spiegare, havvi però la possibilità che ciò sia avvenuto senza lesioni di cuore e di grossi vasi dati i capricci dei proiettili.

Ma havvi il solo fatto radiologico constatato dei movimenti vorticosi ed ineguali del proiettile stesso che può distruggere la meglio architettata argomentazione clinica.

La possibilità della permanenza di un proiettile libero in una cavità del cuore senza essere trascinato dalla corrente sanguigna è confermata già da diversi casi registrati nella letteratura sui quali non può esservi dubbio essendo stati controllati o dall'intervento operativo o dalla autopsia.

Nel caso dell'Autore, dinanzi al fatto positivo: movimenti vorticosi del proiettile, difficile a spiegarsi, se esso fosse semplicemente in relazione colle pareti cardiache e davanti alla necessità di ammettere un decorso bizzarro della pallottola stessa per giungere al punto dove si trova senza ledere il cuore, l'O. preferisce l'ipotesi che si trovi realmente in una cavità cardiaca o dei grossi vasi.

Allora il proiettile dovrebbe essere localizzato o nell'auricola destra o anche nella polmonare.

L'O. chiude la sua conferenza dimostrando un metodo personale di reperti radiografici.

Questa consiste nell'unire al reperto stesso:

1° Uno schema a stampino in cui è disegnata la parte del corpo interessata colle eventuali lesioni.

2° Una riduzione in piccolo 4 × 4 fatta direttamente su carta a bromuro dalla lastra originale.

Questa piccola radiografia è più che sufficiente, nella massima parte dei casi, a dare l'idea di una lesione.

Il vantaggio di questo procedimento è anzitutto la grande economia, venendo a costare il piccolo positivo circa tre centesimi e la grande praticità avendosi sullo stesso foglio di carta: copia della negativa, schema illustrativo e reperto scritto.

A. S.

Riunione Medico-Castrense all'Ospedale Militare Succursale di Parma.

Febbraio 1917.

Sulla tolleranza dell'organismo ai moderni proiettili di guerra (conferenza con proiezioni).

ROSSI dott. ARMANDO. — Dal ricco materiale raccolto nel servizio radiologico dell'ospedale militare succursale di Parma dall'inizio della guerra ad oggi, l'O. sceglie cinquanta osservazioni personali e le illustra dettagliatamente con nitide proiezioni per dimostrare come l'organismo umano possa in molti casi tollerare i moderni proiettili di guerra nei tessuti più svariati ed anche in quelli che in passato erano considerati i più vulnerabili, quali: l'occhio, il rene, l'intestino, la vescica, il fegato, la milza, l'encefalo, il cuore!

Nell'esposizione dei casi l'O. mette in evidenza il decorso tenuto dai proiettili, la loro topografia, alcune volte occasionale, la svariata natura, forma, volume, le difficoltà che in ogni singolo caso il radiologo deve superare e gli artifici di tecnica ai quali deve ricorrere per fissare la diagnosi di sede, artifici che solo la conoscenza dell'anatomia e della fisico-patologia possono suggerire al medico ed essere attuali dallo specialista. Per tutto questo l'O. rileva l'importanza teorica dell'argomento svolto e il valore eminentemente pratico per chi risiede in un ospedale territoriale sia per il chirurgo che debba decidersi per un intervento, sia per il medico legale che alla osservazione o alla rassegna debba dare il suo giudizio e limitare o meno l'idoneità al servizio militare quando si verifica la permanenza di un proiettile nell'organismo, od anche essere premunito per ricordarsi di mettere in rapporto o meno a cause di servizio una eventuale complicanza che col tempo dovesse insorgere là dove il proiettile, arrestatosi, è stato per lungo tempo silente e ben tollerato.

L'O. conclude affermando che la sola radiologia è in questi casi la più fida alleata della medicina e della chirurgia di guerra, ma perchè dalla scoperta del Röntgen si possa anche noi trarre tutto il prezioso e benefico ausilio alla diagnosi che la urgente necessità del momento vuole in favore di chi tutto ha esposto e tutto ha dato per la grandezza della nostra nazione, è necessaria una intima collaborazione fra medico e radiologo, fra radiologo e chirurgo, ma è anche indispensabile che al radiologo si diano gli apparecchi e gli apparecchi si affidino soltanto a radiologi!

A. ROSSI.

SUNTI E RASSEGNE.

Lo scopo e la tecnica della radioterapia.

(I. LEVIN. *Medical Record*, 9 dic. 1916).

I raggi X sono per molti caratteri analoghi ai raggi luminosi. Lo spettro della cosiddetta luce bianca può dividersi in tre parti: una parte, situata verso la zona mediana dello spettro, consiste nei cosiddetti raggi luminosi visibili che producono cioè un'impressione retinica e vanno dal rosso al violetto. Al di là dei raggi rossi esistono raggi invisibili e che rappresentano la sorgente del calore: al di là delle radiazioni violette esistono i cosiddetti raggi ultravioletti, pure invisibili, che hanno invece un'azione chimica. Al di là dei raggi ultravioletti esistono i raggi X ed ancora oltre esistono i raggi Y delle sostanze radioattive.

L'importanza dell'energia irradiata nei fenomeni vitali è grandissima. Esistono numerose esperienze per dimostrarlo: così per esempio si può osservare questo fatto nello sviluppo delle uova: d'altra parte si sa che l'azione della clorofilla si esplica solo sotto l'influenza della luce e si può con sicurezza affermare che la vita vegetale o animale non può esistere all'infuori della luce.

Ogni misura terapeutica ha lo scopo di esercitare un'azione sul metabolismo cellulare e si comprende quindi l'importanza terapeutica che può assumere l'azione della luce che veniva utilizzata a questo scopo fin nei tempi dell'antico Egitto.

La scoperta dei raggi X per opera di Roentgen e delle sostanze radioattive per opera di Becquerel destarono le più grandi speranze sulle loro applicazini terapeutiche. Il meccanismo con cui si esplica il loro potere terapeutico consiste in un'azione nell'interno dell'atomo. Come un agente chemioterapeutico l'ener-

gia radiottiva non è un vero specifico come per esempio l'antitossina difterica; ma la sua azione può essere selettiva dal punto di vista quantitativo: così per esempio una certa dose di radiazioni che non è abbastanza intensa per avere un'azione deleteria sui tessuti normali dell'organismo può esplicare la sua azione sui tessuti patologici e quindi avere un'azione terapeutica in qualche modo elettiva.

I raggi X sono sotto diversi punti di vista analoghi ai raggi luminosi. Essi si diffondono in linea retta, attraversano lo spazio senza bisogno di una sostanza interposta, esplicano un'azione chimica sulla lastra fotografica, determinano la fosforescenza di alcune sostanze e producono la ionizzazione di gas. L'unico carattere differenziale tra raggi X e raggi luminosi è la mancanza in quelli del potere di infrangersi attraverso prismi; sebbene recentissime osservazioni hanno dimostrato che se invece di prismi comuni i raggi X attraversano un cristallo si verifica una refrazione, i cui caratteri variano a seconda della natura del cristallo.

La differenza sostanziale tra raggi X e raggi luminosi consiste nelle lunghezze d'onda; così le onde eteree che formano i raggi X sono molto più corte che le onde dei raggi ultravioletti che rappresentano le onde luminose più corte. Così le onde dei raggi X molli sono mille volte più corte che quelle dei raggi ultravioletti e le radiazioni dure sono costituite da onde eteree ancora più brevi.

Tutte le sostanze quando vengono esposte ad un fascio di raggi X ne assorbono una parte più o meno grande a seconda dello spessore e del peso atomico della sostanza; la parte che non viene assorbita attraversa la sostanza. Secondo il concetto di Rutherford della struttura della materia, ogni atomo è costituito di un grande nucleo carico di elettricità positiva circondato da due serie di elettroni caricati negativamente. La serie più in connessione col nucleo centrale prende parte alle reazioni chimiche dell'atomo [elettroni della valenza]: la serie più esterna è quella a cui è dovuto il potere di assorbimento e d'irradiazione della materia [elettroni di emissione].

L'elettrone è la più piccola unità di materia conosciuta oggi ed è contemporaneamente una unità di elettricità indipendente; quindi è qualche cosa d'intermedio tra la materia e l'energia. Gli spazi tra i vari elettroni sono occupati dall'etere.

Quando un impulso etereo è molto corto (per es. raggi X duri) da poter penetrare tra gli atomi mette in rapido movimento un certo numero di elettroni e quindi crea raggi catodici secondari i quali alla loro volta (determinando nuovi impulsi dell'etere situato tra gli atomi) producono raggi X secondari.

I raggi molli, quelli cioè costituiti da onde eteree grandi, non possono penetrare attraverso gli atomi e quindi vengono dispersi sulla superficie della sostanza e quindi non determinano effetti secondari in essa.

L'azione biologica dei raggi X è analoga a quella della luce: l'analogia è evidentissima nell'eritema da raggi X che si verifica ogni volta ch esi espone la cute non protetta ai raggi X. Esso differisce solo di grado dall'eritema solare ed è come questo seguito da pigmentazione.

L'eritema solare è provocato dalla parte ultravioletta dello spettro: l'azione biologica consiste in una diretta distruzione cellulare, in una trombosi vasale [per azione diretta sull'endotelio] ed in una essudazione siero-emorragica, a cui segue una produzione di connettivo. Le stesse alterazioni si producono anche nell'eritema da raggi X.

L'azione biologica più spiccata dei raggi X sulle piante e sui vertebrati consiste in una inibizione delle funzioni vitali e le esperienze sulle piante e sulle uova ed embrioni di animali sono a questo proposito molto dimostrative. È probabile però che dosi limitate di raggi provochino processi anatomici almeno in un primo tempo. I diversi tessuti però reagiscono diversamente ai raggi X, così per esempio si sa che nel testicolo e nell'ovaio hanno un'azione quasi elettiva sugli spermatozoi e sui follicoli di Graf, senza esercitare alcuna influenza sulle altre parti degli organi.

Si può come legge generale ritenere che quanto meno sono cellule differenziate e quanto sono più giovani ed in stato di attiva proliferazione tanto più risentono dell'azione dei raggi X: si comprende quindi l'importanza terapeutica che hanno assunto nei granulomi infettivi, ma specialmente nei tumori. Accenneremo nelle linee generali alle modificazioni che si verificano nei tumori e nei granulomi infettivi sotto l'azione dei raggi X.

Nel carcinoma le prime alterazioni si riscontrano nelle cellule stesse del tumore e consistono in vacuolizzazione del protoplasma, picnosi nucleare, emolisi ed infine necrosi completa cellulare: segue un'infiltrazione rotondocellulare che sostituisce le cellule distrutte: segue poi formazione di tessuto connettivo sclerotico povero di vasi che può anche isolare zone di

tessuto neoplastico e contribuire alla sua distruzione.

Nel sarcoma le alterazioni sono dello stesso tipo e lo stesso si osserva nei granulomi infettivi, siano essi tubercolari che sifilitici o di altra natura.

Quello che predomina in ogni caso dopo l'irradiazione è la formazione di denso tessuto sclerotico: sia la necrosi cellulare che la formazione del connettivo sono dovute all'azione diretta dei raggi X e non debbono considerarsi come correlative: sui tessuti neoplastici i raggi X determinano una necrosi, sui tessuti di sostegno una irritazione.

La tecnica della radioterapia razionale può considerarsi una conquista di questi ultimi anni. Gaus e Freiberg hanno dimostrato che i raggi molli vengono assorbiti dalla cute ma che solo i raggi duri hanno il potere di attraversare la cute e di esercitare la loro azione terapeutica sui tessuti profondi. Quindi adoperare ampolle dure cioè con un vuoto molto spinto e filtrare i raggi molli per mezzo di schermi di metallo costituiscono i canoni fondamentali della odierna radioterapia. Oltre al filtro metallico si usa frapporre tra l'ampolla e la pelle una strato di cuoio per assorbire i raggi molli secondari formatisi nel filtro metallico. Un'altra precauzione per evitare le ustioni della cute consiste nell'aggredire il tessuto profondo da diverse zone cutanee. La dose massima di raggi che può attraversare la stessa zona cutanea senza provocare in essa alterazioni può stabilirsi con una certa esattezza; preoccupazione massima quindi dell'odierna radioterapia è una misura esatta della quantità di raggi X adoperati.

Un mezzo di misurazione dei più adoperati è basato sul cambiamento di colore che subisce il platinocianuro di bario quando è esposto ai raggi X: un altro metodo consiste nell'apprezzamento dell'azione fotochimica sulla carta fotografica. Una grande scoperta dal punto di vista della terapia è costituita dal tubo di Coolidge giacchè solo mediante esso si può disporre di raggi della stessa qualità per tutta la durata della seduta radioterapica: coi tubi comuni invece il sovrariscaldamento dell'anticatode e del tubo mette in libertà gas che tende a rammollirlo. Nel tubo di Coolidge esistendo il vuoto assoluto è impossibile avere queste grandi oscillazioni nel contenuto di gas libero: ivi gli elettroni spinti dal catode verso l'anticatode sono costituiti dagli elettroni liberati da un filamento metallico reso incandescente da una corrente elettrica. Siccome il numero degli elettroni liberati è in rapporto diretto della temperatura, dell'anticatode e del voltaggio della corrente primaria si comprende che il tubo di Coolidge emette raggi di una grande uniformità di penetrazione.

Adoperando lo stesso grado di temperatura, lo stesso voltaggio e lo stesso amperaggio e la distanza del tubo si ha una misura costante della quantità e qualità dei raggi emessi che rende superflui gli altri mezzi di misura incerti.

Potendo produrre con questo mezzo raggi costanti di varia lunghezza d'onde si può utilizzare il potere elettivo dei raggi X sui vari tessuti. I raggi prodotti dai comuni tubi da raggi X non sono uniformi ma sono di vario grado di penetrazione ed i mezzi atti a misurare la penetrazione del tubo rivelano solo i raggi più duri.

Dal punto di vista delle indicazioni terapeutiche noi possiamo distinguere quelle forme morbose in cui l'azione dei raggi X si esplica inibendo la proliferazione cellulare [tumori benigni, carcinoma, sarcoma, linfoma, granulomi] e quelle in cui i raggi X agiscono inibendo la funzione [dismenorrea, gozzo esoftalmico, acromegalia, stato linfatico, leucemia]. Altre applicazioni ancora poco studiate nel loro meccanismo d'azione sono state praticate nel morbo di Addison, nella sciatica, nella siringomielia, ecc.

Senza entrare a trattare la tecnica nei singoli casi, accennerò ai successi della radioterapia di tumori maligni, specialmente se associata all'intervento chirurgico; quello che si chiama la irradiazione postoperativa profilattica sia nella sede del tumore per distruggere isole di tumori eventualmente rimaste, che nella sede preferita dalle metestasi. Anche l'applicazione preventiva della radioterapia ha grande importanza nella terapia radicale dei neoplasmi maligni. P. ALESSANDRINI.

Diagnosi precoce della gangrena gassosa ai raggi X.

Nell'eseguire le radiografie per fratture e per la ricerca di proiettili, si è riconosciuta, alle volte, la presenza inattesa di gas nei tessuti: si è stati così condotti alla scoperta di un mezzo importantissimo per la diagnosi rapida e precoce della gangrena gassosa, quale nessun altro metodo può fornire. L'avvertimento in tal modo dato al chirurgo ha permesso di salvare molti arti ed anche molte vite di combattenti. Anche nei casi in cui l'amputazione è necessaria, la radiografia indica l'estensione del processo, ciò che permette di

compiere, fin dal primo intervento operativo, una amputazione che elimina tutti i tessuti compromessi.

Secondo Morgan e Vilvandré (*British Medical Journal*, 7 gennaio 1917) il gas appare sotto vari aspetti: bolle (ombre chiare) disseminate a caso nei tessuti o disposte in linee dritte, grandi zone chiare tra la pelle e la massa muscolare, piccoli spazi trasparenti irregolarmente disseminati intorno alla ferita.

La diagnosi differenziale è da stabilire con la perdita di sostanza dei tessuti e con l'enfisema chirurgico (sovratutto nelle ferite del torace). Alcune disposizioni anatomiche (cavo popliteo, borsa sotto-quadricipitale) dànno delle ombre che non bisogna scambiare con gli accumuli di gas.

H. Black (*Ibidem*) riferisce intorno a nove casi in cui la radiografia ha dimostrato la presenza di gas che clinicamente non erano stati sospettati.

L'A. descrive l'immagine radiografica come costituita da macchie o zone chiare, uniche o multiple, di grandezza varia.

Le radiografie sono state fatte sempre parecchi giorni dopo la ferita, persino dopo 15 e dopo 22 giorni.

Le colture hanno ogni volta rivelato la presenza del *bacillus perfringens*, pel pus o nel corpo estraneo.

I feriti non presentavano nessun sintomo speciale; avevano un po' di piressia, si lagnavano di dolori. La pressione dava dolore ma non crepitio. Guarigione rapida dopo l'intervento.

A. Savill (*Archives of Radiology and Electrotherapy*, n. 197, dicembre 1916), in base all'esame delle radiografie prese sui feriti ricoverati nello Scottish Women's Hospital Royaumont (Francia), giunge alla conclusione che la radiografia non solo rivela la presenza dei gas nei tessuti e la situazione e l'estensione di essi, ma perfino la natura dell'infezione.

L'A. distingue tre aspetti diversi, dei quali i primi due comuni, il terzo raro:

1° Gonfiamento dei tessuti, con aspetto confuso, comparabile a quello di un paesaggio immerso nella nebbia: infezione da *B. perfringens* (casi piuttosto favorevoli);

2° Gonfiamento con plaghe nere, simili a nubi: infezione associata di *perfringens* e di altri sporigeni;

3° Striatura nera e bianca; due tipi:

a) striatura fine: vibrione settico, infezione mortale;

b) striatura grossolana: diverse specie di microbi, specialmente bacillo dell'edema maligno e bacillo di Hibles IX (casi molto gravi).

Come cause d'errori questo A. considera la perdita di sostanza dei tessuti molli, la presenza di bolle d'aria portate dal proiettile, l'iniezione di ossigeno o l'impiego d'acqua ossigenata.

R. B.

La radioscopia della cistifellea.

(NEIL MACLEOD. *Arch. of Radiology and Electrotherapy*, 1916, pag. 117).

L'esame radiografico, nel caso in cui si sospetti una malattia della cistifellea, dà ormai una crescente percentuale di successi incoraggianti. La maggior parte di questi si riferisce ad esami in cui delle ombre a margini netti hanno indicata la presenza di calcoli biliari. Vi sono però dei casi, e forse i più frequenti, in cui si notano delle ombre a contorni indecisi, da cui si può dedurre non solo la presenza di calcoli, ma anche l'esistenza di altre lesioni biliari, confermata poi all'atto operativo.

L'A. riporta brevemente la storia di 29 casi da lui osservati; 17 di questi presentavano ombre anormali; 9 di essi vennero operati confermando l'interpetrazione radiografica, gli altri otto non avevano caratteristiche tali da giustificare l'intervento.

Quanto ai dodici casi negativi, in uno l'autopsia stabilì che non esistevano calcoli, uno aveva un'irregolarità nella volta del fegato, probabilmente dovuta ad un ascesso evacuato più tardi, ed almeno altri tre non avevano sintomi da lesioni della cistifellea.

In dodici casi era incerto il giudizio diagnostico se i sintomi fossero originati dalla cistifellea (compresi i dotti biliari) od avessero il punto di partenza gastro-intestinale. Nove fra di essi non avevano anormalità radiografiche, tre vennero ritenuti affetti da distensione della cistifellea di cui due sospetti di calcoli.

Un caso venne mandato per l'esame della regione cecale; il reperto radiografico, confermato dall'atto operativo, dimostrò, oltre alla presenza di adesioni alla regione cecale, anche la distensione della cistifellea.

Fra tutti i 29 casi, 10 avevano coliche biliari (4 anche itterizia); nove fra essi diedero reperti radiografici positivi, confermati nei sei ammalati, che si sottoposero all'atto operativo, quindi si può dire nella totalità.

Particolari di tecnica. — Vennero usati i tubi ordinari e quelli Coolidge. L'energia era ottenuta dalla corrente stradale alternata, usando un trasformatore Siemens 4 K. W. ed un rettificatore ad alta tensione. Ampiezza della scin-

tilla fra la punta e il disco da 9 a 11 cm. secondo la grossezza del soggetto. Milliampère 2-3 col tubo ordinario, 8-22 con quello di Coolidge. La distanza dalla lastra circa 60-68 cm., il tempo di esposizione da dieci secondi a due minuti. Il paziente venne sempre tenuto disteso sul dorso; solo in due casi con risultato negativo, si tentò anche la posizione prona.

Il raggio centrale venne sempre diretto perpendicolarmente alla lastra, preferibilmente attraverso un punto segnato sull'epigastrio verso destra, a 31-38 mm. dalla linea mediana ed a ugual distanza dal margine costale.

In ogni caso la compressione venne esercitata con un cuscino di gomma che, insufflato, aveva le misure di cm. 25 × 16 × 18; esso era contenuto in una doppia fodera di seta, che assicurava sempre lo stesso grado di riempimento. La compressione veniva applicata perpendicolarmente alla lastra, per mezzo di un apparecchio consistente di un anello di vulcanite, che passava a traverso due guide, analogamente alla parte mobile del compressore di Alberto Schoenberg: però il tubo stava nella sua ordinaria posizione ed il porta-tubo non era connesso con l'apparecchio di compressione. Il campo utile era di cm. 19 × 25 (16 × 20 stereoscopicamente).

Osservazioni. — Nella regione della cistifellea, tutte le ombre, che hanno i contorni definiti da gas intestinali, devono essere considerate con grande circospezione, ed eventualmente affatto rifiutate.

Fino a che non sia stata riprodotta l'ombra della cistifellea ed opportunemente misurata, non ci si deve pronunciare nel senso di un ingrandimento, a meno che questo non sia molto notevole.

Nell'interpretazione dell'ombra di un organo, di cui l'asse longitudinale è più o meno nella direzione dei raggi, occorre tener presenti le diverse variabili che concorrono alla formazione dell'ombra stessa, cioè obliquità dei raggi, mobilità respiratoria dell'organo, possibile alterazione della sua forma e posizione in dipendenza di compressione, grandezza dipendente dalla distanza dell'anticatode della lastra. *ini.*

Radiogrammi nella rachitide.

R. G. Lowett (*Journ. of Am. med. Assoc.* 11 dic.) ha fatto l'esame di circa 600 radiografie di bambini rachitici, allo scopo di studiare le caratteristiche radiografiche della fase acuta, subacuta e di convalescenza, definendo i fini cambiamenti della struttura ossea, e di determinare i criterii che possono servire per la diagnosi differenziale con l'osteomalacia, lo scorbuto, la sifilide congenita ed affezioni similari.

L'A. ha trovato che durante il periodo di attività della malattia vi sono dei rilevanti cambiamenti più notevoli a livello delle epifisi e consistenti in: 1) ritardata ossificazione e indeterminatezza dell'epifisi; 2) sfibramento ed allargamento della diafisi, presso la linea epifisaria; 3) inspessimento corticale del lato concavo delle ossa curve; 4) area di diminuita intensità nell'ombra della diafisi.

Spesso poi, nella fase acuta, si osservano inspessimenti periostali e fratture multiple.

FIL.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

F. BARJON. *Radiodiagnostic des affections pleuro-pulmonaires.* Masson et C.ie Editeurs, Paris, 1916. Prezzo L. 6.

La diagnosi radiologica delle affezioni pleuropolmonari è uno degli argomenti più delicati della radiologia, perchè richiede una costante collaborazione della clinica; ed il libro del Barjon ha risoluto, in una formé si può dire perfetta, questo problema. Egli, in una sintesi felice, mette in rapporto i dati plessimetrici e ascoltatorii col rapporti radioscopici. I casi da lui scelti sono stati quasi tutti controllati all'autopsia o all'atto operativo, ciò che accresce il valore delle numerose radiografie e degli schemi raccolti nel lavoro.

La parte che tratta la patologia della pleura è svolta in modo magistrale e preziosi criteri diagnostici sono raccolti nei capitoli che riguardano le affezioni tracheo-bronchiali, la tubercolosi, le polmoniti.

La parte però che presenta il massimo interesse al momento attuale è quella che riguarda le ferite penetranti nel torace per proiettili. Dopo uno studio clinico e radiologico generale sono trattate le due questioni più interessanti pel radiologo e pel chirurgo, quali quella delle localizzazioni dei proiettili e le indicazioni e controindicazioni operatorie.

Il libro del Barjon è quindi non solo utile al radiologo provetto, ma è destinato ad essere una preziosa guida per medici e chirurgi al fronte. P. ALESSANDRINI.

E. ALBERT-WEIL. *Manuel d'électrothérapie et d'électrodiagnostic.* III edizione, con prefazione di A. Gilbert. Un vol. di 382 pag. e 107 fig. nel tsto, 4 fasc. (Paris, F. Alcan).

Questo manualetto, opera di un insigne specialista competente, racchiude, in forma suc-

cinta e succosa, la materia d'un vero trattato di elettricità medica.

È diviso in quattro parti: nella prima, dopo sommari ricordi di fisica, sono descritti gli istrumenti d'elettroterapia e i vari processi per l'uso molteplice dell'elettricità; nella seconda sono esposti gli effetti dell'elettricità nell'organismo sano (elettrofisiologia); la terza tratta dei metodi elettro-diagnostici, con un capitolo sull'elettrocardiografia; la quarta, che è la più estesa, è dedicata alla vera e propria elettroterapia.

Esposizione chiara e facile, sussidiata da numerose figure, trattazione quasi completa dei diversi lati dell'argomento sono i pregi di questa opera, che la raccomandano ai medici pratici che, pur non avendo fatto uno studio particolare dell'elettroterapia, desiderano tenersi al corrente dei progressi di questo importante ramo delle moderne scienze mediche. B.

VARIA.

L'anafilassi per i raggi X.

J. Bergonié (C. R. Acad. des Sciences, 10 apr. 1916) nota che le ordinarie precauzioni contro i raggi X possono essere illusorie nel caso di operatori, che abbiano sofferto antecedentemente di ustioni da raggi X. Di fatto un tessuto offeso una volta da tali raggi vi resta per un tempo più o meno lungo, fors'anche sempre, particolarmente sensibile. L'A. ha osservato recentemente il caso di un medico, che dopo una grave radiodermite, si era astenuto da ogni lavoro con raggi X: però avendo dovuto una volta esporsi ne ebbe delle gravi lesioni, quali tumefazione dei tessuti, per cui le dita avevano assunto la forma di salsiccie, tumori epiteliali sulle mani, sensazione penosa di caldo; anche i tronchi nervosi erano dolorosi e le mani intorpedite in modo da non poter nemmeno scrivere. La dose di raggi a cui tale individuo si era esposto era circa 1/1600 di quella necessaria per produrre sulla pelle delle lesioni definite.

Da questa e da altre osservazioni consimili, l'A. conclude che esiste una particolare sensibilità dei tessuti in seguito a gravi lesioni da raggi X, e che è questo un fenomeno di anafilassi, la quale probabilmente deve comprendere anche tutti gli agenti fisici. *ini.*

La protezione dei radiologi contro i raggi X.

È un fatto che mentre i danni prodotti dai raggi X dovrebbero senz'altro diminuire, in causa della più ampia conoscenza che abbiamo circa la loro azione, vi è pur sempre dell'incertezza al riguardo, soprattutto perchè gli apparecchi moderni sono dotati di un'energia cinquanta volte maggiore che quella di dieci anni fa. Sarebbe necessario adottare in proposito delle speciali norme legislative e procurare che la radiologia divenga una materia d'insegnamento nelle Università, in modo che i giovani medici ne abbiano una notevole conoscenza.

Si ritiene che per la protezione dell'individuo siano sufficienti degli schermi di piombo. Rimane però la jonizzazione dell'aria che può portare disturbi, come p. e. la sensazione di una estrema fatica. Per combattere la jonizzazione dell'aria sarà sufficiente una buona ventilazione, praticata con due ventilatori in modo da stabilire una corrente d'aria continua.

È necessaria una protezione efficace per evitare che si formino delle ulcerazioni p. e. alle braccia ed alle mani, come è accaduto ad alcuni operatori, ritornati di recente dalla zona di guerra, i quali ignoravano che vi fossero dei mezzi di protezione all'infuori di quella applicata al tubo.

Sull'efficacia del grembiule in questo senso il Dr. Finzi ha fatto un'esperienza, collocando una pastiglia di Sabouraud sul davanti ed una sulla faccia posteriore di detto grembiule: dopo due settimane di lavoro intenso la pastiglia della faccia anteriore aveva *virato*, quella della posteriore invece si manteneva immutata anche dopo sei settimane.

Per quanto riguarda i disturbi trofici provocati dai raggi X, ricordiamo l'anemia, la diminuzione delle emazie e talora anche dei leucociti, specialmente dei linfociti, la fragilità delle unghie. Si consiglia di evitare più che sia possibile l'azione dei detti raggi e di controbilanciarle, mediante l'esposizione ai raggi solari ed all'aria fresca.

(*British med. Journ.*, 12 febbraio). *ini.*

DISCUSSIONI E COMMENTI.

Postilla sui servizi sanitari campali.

Il prof. T. Rossi-Doria, nel suo lucidissimo articolo, pubblicato sul fascicolo 16 del *Policlinico* c. a., ha riassunto, da par suo, l'interessante dibattito svoltosi su questo stesso giornale intorno ai servizi sanitari campali, integrandolo con nuovi elementi, derivati dalla sua personale e diretta esperienza, e prospettando, nettamente, quella che si presenta come la più pratica e la più facile soluzione del problema.

E sono lieto di dichiarare che mi trovo pienamente d'accordo con lui e che sottoscrivo, a due mani, alle sue vedute, che coincidono completamente con le mie, e alle sue conclusioni. E trovo giustissima anche l'osservazione che egli muove alla mia proposta di abbinamento delle funzioni di Capo-Ufficio di Sanità e di Comandante della Sezione di Sanità: proposta alla quale ebbi ad accennare, per incidenza e senza insistervi sopra, nel mio articolo precedente (v. fasc. 11 del *Policlinico*), partendo, sopratutto, dal concetto di eliminare, con l'abbinamento in parola, i dannosi dualismi che, dato l'attuale organamento e malgrado ogni buona volontà di persone, sono, spesso, inevitabili, tra Comandante della Sezione e Capo-Ufficio di Sanità.

È certo però che ha perfettamente ragione il Rossi-Doria quando afferma che, ammesso il principio della netta divisione tra servizi di sgomebro e di assistenza, è necessario mantenere la stessa divisione anche nella direzione dei medesimi servizi. Ed è un fatto che i dualismi, cui sopra ho accennato, sarebbero del tutto eliminati, qualora, come propone il Rossi-Doria, il Comandante della Sezione fosse sottratto alla dipendenza del Capo-Ufficio di Sanità e se l'uno e l'altro, — ciascuno per le rispettive funzioni e per le rispettive responsabilità e cioè il Comandante della Sezione per il servizio di smistamento e trasporto e il Capo-Ufficio per quello di assistenza, — facessero capo, direttamente, al Direttore di Sanità di Corpo d'Armata.

Le idee scaturite dal fecondo dibattito, e così nitidamente riassunte e lumeggiate dal Rossi-Doria, presentano, altresì, il vantaggio della possibilità di una immediata attuazione e sarebbe veramente desiderabile, nell' interesse di un maggiore rendimento del servizio sanitario campale, che esse venissero prese nella dovuta considerazione e senza indugi, «chè, come giustamente osserva il Rossi-Doria, non vi è tempo da perdere e alle parole stanno per succedere i fatti.»

Roma, 18 aprile 1917.

Dott. PIETRO FERRARI.

A proposito di riforme nei brefotrofi.

Nel fascicolo 15 di questa sezione pratica del *Policlinico* il Flamini del brefotrofio di Roma, illustrando la necessità universalmente sentita di trasformare in modo radicale il funzionamento dei brefotrofi, accenna alle innovazioni di fresco istituite in quello di Milano, e che presto saranno attuate anche in quello di Roma, per assicurare il latte materno agli esposti nei primi tempi della loro vita.

Mi preme pertanto far rilevare che fino dal 4 luglio p. p. il Consiglio d'Amministrazione dal brefotrofio di Verona, impressionato dal grande numero di esposizioni e dalla difficoltà di nutrire in modo adatto i bambini affidati alla pubblica assistenza, deliberava di limitare le iscrizioni, salvo casi eccezionali, ai soli bambini allattati dalle rispettive madri, *o sussidiate all'esterno dell'Ospizio o accolte come nutrici interne assieme alla loro prole.*

Già in precedenza il Consiglio d'Amministrazione aveva escogitato vari mezzi per ovviare all'affollamento del brefotrofio e per invogliare le gestanti nubili ad entrare nell'annesso reparto di maternità, affine di ottenere maggior numero di riconoscimenti e di garantire l'assistenza materna ai trovatelli.

Ma essendosi in conseguenza della guerra aggravate le condizioni dell'Istituto, la Commissione ritenne di dover riprendere in esame l'importante argomento, e di completare le passate provvidenze nell'interesse degli esposti.

Mentre difatti si addiveniva alla suaccennata restrizione nell'accoglimento dei lattanti, si deliberò invece di estendere l'assistenza al numero maggiore possibile di gestanti illegittime negli ultimi tempi della gravidanza in base al concetto, che la *protezione dell'esposto deve esser fatta anche prima della nascita.* Si cercò in altre parole di esercitare a favore dei figli d'ignoti la *puericultura intrauterina,* che in tale campo trova una delle più pratiche ed utili applicazioni.

A tale scopo si procurò di rendere salubre e piacevole il soggiorno delle gestanti nella Maternità, istituendo fra le altre cose una apposita *sala di lavoro* nell'interno dell'istituto, dove le ricoverate si occupano per alcune ore

del giorno, ritraendo anche un modesto lucro dalla confezione di indumenti militari e ricevendo una educazione vantaggiosa per il loro avvenire.

I risultati finora ottenuti sono veramente eccellenti. Il massimo numero delle madri nubili vennero a sgravarsi nella Maternità; solo una ventina furono accolte, dopo il parto, col proprio bambino. Rari furono gli esposti rimasti privi di assistenza materna. Anche a quelli, che non poterono essere allattati molto a lungo dalle rispettive madri, fu possibile somministrare il latte umano, dato il largo reclutamento di nutrici interne.

Non mi dilungo con altre particolarità su questo argomento, avendone trattato estesamente in apposita nota, che uscirà nel prossimo fascicolo di « Nipiologia ».

Dott. Prof. ODORICO VIANA
Direttore Brefotrofio e Maternità di Verona.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

Concorsi. Dispersione di documenti. Responsabilità.

La pubblica amministrazione è responsabile della dispersione dei titoli presentati dai varii candidati per prendere parte ad un concorso, se questa è avvenuta per colpa dei propri dipendenti.

(*Corte Appello Firenze,* 29 febbraio 1916).

Non raramente avviene che da parte delle amministrazioni comunali vengano dispersi i titoli ed i documenti presentati dai varii candidati per prendere parte ad un concorso. Se la dispersione o distruzione può provarsi essere avvenuta per caso di forza maggiore o fortuito, come uno incendio, una inondazione, crollamento di ufficio, ecc. ecc., non vi è nulla da risarcire, perchè l'amministrazione si difende col dire che il fatto della dispersione sarebbe egualmente avvenuto non ostante si fosse esercitata la diligenza dell'ottimo padre di famiglia.

Ma se può provarsi che i titoli o documenti predetti sieno andati smarriti non per causa di forza maggiore, ma per negligenza, incuria od incapacità degli impiegati addetti al servizio, i quali ,o non li custodirono bene, o li restituirono con mezzi inidonei e poco atti ad assicurare la precisione e l'esattezza del recapito, l'amministrazione comunale è chiamata a rispondere dei danni che la dispersione o la distruzione stessa abbia cagionato a chi ne era il proprietario.

La massima sancita dalla Corte di Appello di Firenze merita incondizionata lode perchè ispirata a stretti sensi di giustizia e di equità sociale.

Può infatti avvenire che durante le more dei concorsi, che sono oggi tanto frequenti, vadano in tutto od in parte dispersi i documenti prodotti dai concorrenti e che l'interessato, a sue insistenti e ripetute richieste, si tenta rispondere dal Comune che esso non ha modo di garentirsi del sicuro recapito degli atti e che, quindi, non può rispondere di eventuali danni anche perchè non può ritenersi depositario, nel senso giuridico della parola, di atti appartenenti a terze persone.

Ora simili eccezioni non potranno più essere validamente apposte.

È principio di diritto, oramai confermato indubbiamente anche dalla giurisprudenza delle Corti giudicanti che la pubblica amministrazione risponde degli atti colposi commessi dai proprii dipendenti non solo *in agendo* ma anche *in non faciendo.* Essa è quindi responsabile della dispersione avvenuta non solamente se il proprio impiegato avrà diretto il piego contenente i documenti, dandogli un errato indirizzo, in località diversa da quella ove il destinatario si trovava, ma anche se eventualmente avrà omesso di raccomandare il piego stesso alla posta, per modo che non siasi avuto alcun modo di rintracciarlo.

Il fondamento giuridico della responsabilità è, in entrambi i casi, il medesimo: l'obbligo, cioè, della amministrazione di scegliere impiegati idonei, capaci, e praticamente adatti alla bisogna: *Mala electio est in culpa.*

Essa è per via indiretta responsabile delle colpe commesse dai proprii dipendenti appunto perchè non si attenne al suesposto concetto e scelse e nominò, non buoni, ma negligenti o non idonei impiegati: *Minus idoneum praeposuerit*: *malum elexerit.*

Se dunque nella pubblica amministrazione non può non rilevarsi indiretta colpa nella avvenuta dispersione dei documenti e se tale dispersione ha prodotto un danno morale o materiale al proprietario dei medesimi, tale danno deve essere adeguatamente risarcito.

Sospensione dei concorsi.
Interpretazione della parola " esaurito ,,.

La parola *esaurito* adoperata dal D. L. del 31 agosto 1915 portante la sospensione dei pubblici concorsi non può essere interpretata nel suo ordinario significato di *espletato.*

Poichè il succitato Decreto Luogotenenziale mira a salvaguardare gli interessi delle pubbliche amministrazioni e quelli di coloro, che chiamati a prestar servizio militare, si vedrebbero forzatamente danneggiati dal fatto di non poter partecipare ai concorsi, l'interpretazione di esso non deve essere portata oltre il suo segno, se anche a ciò possa spingere la parola impropriamente usata dal Decreto.

(*Consiglio di Stato - Sezione Interno,* 6 marzo 1916).

Dal suesposto parere e da ciò che comunemente è ritenuto dalla *communis opinio* si può dedurre che la sospensione sia applicata a quei soli concorsi per cui non era in quell'epoca scaduto il termine utile per parteciparvi.

Cronaca del movimento professionale.

L'*Ordine dei Medici di Modena* ha inviato ai Sindaci della Provincia una circolare in cui, dopo aver rilevato che le condizioni di vita sono rese più difficili, nell'attuale periodo, per tutte le classi e specialmente per gli impiegati e per gli esercenti professionisti; preoccupandosi del fatto che la maggior parte dei sanitari in ispecie condotti, mentre hanno veduto diminuire notevolmente i proventi del libero esercizio per le strettezze in cui versa buona parte della popolazione, non hanno d'altra parte potuto aggiungere allo stipendio nuovi cespiti d'entrata; considerando che già molte Amministrazioni riconobbero la necessità e sentirono il dovere di stanziare in bilancio somme straordinarie per aumentare lo stipendio dei propri impiegati; esprime il voto che le amministrazioni comunali vogliano assegnare ai propri medici dipendenti un aumento di stipendio del 20 % sulle prime mille lire e del 10 % per le successive, da corrispondersi finchè permangono le eccezionali condizioni economiche dipendenti dallo stato di guerra.

Ordine dei Medici di Firenze. — In una recente adunanza per la tutela degl'interessi della classe sanitaria, presieduta dal prof. Burci, fu votato un ordine del giorno in cui, considerate le difficoltà attuali in mezzo alle quali si svolge l'esercizio professionale della medicina, tenuto conto dell'aumento grande del costo della vita, s'invoca dai Comuni la concessione di gratificazioni annue ai loro medici condotti.

L'*Ordine dei medici di Macerata* comunica che quel Consiglio Amministrativo ha stabilito nella seduta del 5 marzo che di fronte all'aumentato costo della vita, sieno aumentate del 20 % le tariffe per le prestazioni mediche già approvate dall'Ordine.

Un comune benemerito. — Il Consiglio comunale di Moncalieri ha approvato un assegno mensile agli impiegati e salariati del Comune, a titolo di indennità caro-viveri.

Questa deliberazione importa una maggiore spesa di circa L. 1000, la quale è stata coperta istituendo la tassa sulle persone di servizio, aumentando la tassa sui cani e ricorrendo ad altri piccoli aggravi, in modo però da colpire i soli abbienti.

L'Amministrazione comunale ha preso tale determinazione per un coscienzioso e spontaneo apprezzamento delle gravi difficoltà create dalla guerra, senza che fosse stata avanzata alcuna richiesta da parte degli interessati.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6809) *Pensioni.* — Dott. P. R. da T. — Percependo Ella l'assegno di lire 300 annue ha l'obbligo di inscriversi alla Cassa di Previdenza ai sensi dello articolo 3° del R. Decreto 2 gennaio 1913, n. 453, che approva il testo unico delle leggi sulle pensioni. Trattandosi di sanitario che comincia ora la carriera di impiego non può riscattare anni di servizio precedentemente prestati e tanto meno anni di libero esercizio professionale. Per conoscere la pensione che Le potrà competere deve compiacersi indicare l'età e gli anni di servizio che avrà all'atto del collocamento a riposo. Per ottenere l'iscrizione alla Cassa di Previdenza dovrà rivolgere analoga istanza all'Ufficio sanitario della Provincia.

(6810) *Contributo del centesimo di guerra.* — Dott. G. P. da T. — Trattandosi di diaria giornaliera e non di stipendio, il contributo del centesimo di guerra è rappresentato da due centesimi per ogni lira che si riscuote. Con Decreto Luogotenenziale del 31 agosto 1916, n. 1102, furono, invero, esclusi dal raddoppiamento i redditi di ricchezza mobile dipendenti da stipendii, pensioni ed assegni pagati dalle Provincie e dai Comuni ma non tutte le altre somme che per qualsiasi altro titolo, comprese le diarie ad impiegati od agenti, sieno pagate a carico del bilancio comunale.

(6811) *Validità delle deliberazioni dei Consigli Comunali sottoposte ad approvazione tutoria.* — Dott. F. Z. da P. — Le deliberazioni dei Consigli Comunali sottoposte ad approvazione della autorità tutoria, non diventano esecutorie se detta approvazione non interviene e dalla data di essa. L'approvazione tutoria, che la legge per determinati atti consiliari espressamente richiede, ha funzione integrativa, di guisa che, senza di essa, l'atto non esiste e non può, pertanto, produrre alcun effetto giuridico. Il periodo sessennale decorre per Lei dalla data in cui il capitolato, che affermava il relativo diritto, fu approvato dalla Giunta Provinciale Amministrativa, salvo che una speciale disposizione transitoria non ne avesse retrotratti gli effetti a quella della deliberazione del Consiglio Comunale.

(6812) *Somministrazione di medicinali ai poveri.* — Dott. abbonato 625. — Il medico di un'Opera Pia non ha veste per ottenere la revoca di una deliberazione, debitamente approvata dalla competente autorità tutoria con cui la Pia istituzione diminuisce la somma annualmente stanziata in bilancio pei medicinali ai poveri. Egli deve seguitare a fare le prescrizioni che, secondo sua scienza, crede utili nei singoli casi, salvo agli interessati di procurarsi gratuitamente i relativi medicamenti, a mezzo del Comune, che ha tassativo obbligo legale di somministrarli a coloro che sono inscritti in apposito elenco.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. C. B., Zona di Guerra:

Il limite di anzianità dei tenenti medici effettivi fissato per l'avanzamento al grado di capitano corrisponde all'11 novembre 1915.

Possedendo il collega l'anzianità, nel grado di tenente, del 18 dicembre 1915, è chiaro che non si trova ancora nelle condizioni fissate per poter essere proposto per la promozione.

Al dott. A. R., Zona di Guerra:

Non esiste alcuna circolare che conceda agli uf-

ficiali subalterni dei sussidii in rapporto alle loro condizioni di famiglia. L'indennità d'arma non si perde in nessun caso anche se si percepiscono altre indennità.

Nessuno può ancora dire quando verrà pubblicato un nuovo quadro di avanzamento per gli ufficiali effettivi e quindi l'epoca nella quale i promossi del febbraio 1916 a tenente potranno avere il grado di capitano.

All'abb. n. 776:

Il collega non ha realmente obblighi di leva, ma ha invece obblighi, volontariamente contratti, con la Croce Rossa.

Il suo diritto o meno all'essere inviato in zona territoriale o ad essere congedato dipende quindi dalla sua speciale situazione. Se egli, anzichè appartenere alla Croce Rossa, appartenesse alla Sanità Militare, non potrebbe essere congedato, ma adibito a servizii territoriali.

Al dott. T. B., Zona di Guerra:

L'avvicendamento tra stabilimenti e servizii di prima linea e di seconda linea è disciplinato dal Direttore di Sanità del Corpo d'Armata.

A lui quindi spetta stabilire i turni del servizio di trincea e di quello d'ospedale da campo.

All'abb. n. 2767:

Poichè il collega è stato più di quattro mesi in Zona di Guerra può conseguire l'avanzamento al grado di capitano, qualora i superiori, dai quali dipende, ritengano opportuno di farne la proposta al Ministero.

Il fatto di essere ora in servizio in Zona territoriale non impedisce tale procedura.

All'abb. n. 3276:

Molto probabilmente anche se il collega avesse appartenuto alla Croce Rossa, data la sua giovane età, sarebbe stato inviato in Zona di Guerra.

All'abb. n. 8553:

Gli ufficiali della Croce Rossa non possono passare, salvo casi eccezionalissimi, alla sanità militare.

È chiaro quindi che il collega, essendo ufficiale di ruolo della Croce Rossa, non può far passaggio sul ruolo degli ufficiali medici di complemento.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Ufficiali: Guzzoni degli Ancarani prof. Arturo, ordinario di clinica ostetrico-ginecologica, a Modena; Jatta prof. Mauro, aiuto ai Laboratori di Sanità in Roma.

Cavaliere: Chiavaro prof. Angelo, straordinario di odontologia a Roma.

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatori: Pascale prof. Giovanni, ordinario di clinica chirurgica a Napoli; Stori prof. Teodoro, libero docente a Firenze.

Ufficiali: Alessandri prof. Roberto, ordinario di patologia chirurgica a Roma; Desogus prof. Roberto, libero docente a Cagliari; Giudiceandrea prof. Vincenzo, libero docente a Roma.

Cavalieri: Ceconi prof. Angelo, ordinario di patologia medica a Torino; D'Evant prof. Teodoro, libero docente a Napoli; Fede prof. Francesco, libero docente a Napoli; Maragliano prof. Dario, libero docente a Genova; Morselli prof. Arturo, libero docente a Genova; Pansini prof. Michele, libero docente a Roma; Quarta prof. Giacinto, libero docente a Roma; Roncoroni prof. Luigi, ordinario di clinica psichiatrica e neurologica a Parma.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico-chirurgo, con diploma di Napoli e Buenos Aires, assumerebbe, anche interinalmente, servizio d'ospedale, sanatorio, istituto, in Roma o dintorni e ad eque condizioni. Conosce spagnuolo, francese.

Scrivere: Sig. Pasqualetti, via Quintino Sella, 15 - Roma.

ALBO D'ORO.

Ricompense al valore militare per la campagna di guerra 1915-1916.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

Sainati Leone, da Pescia (Lucca), tenente medico sezione sanità divisione. — Di servizio al posto avanzato della sezione sanità, durante il bombardamento del caseggiato ove il posto stesso si trovava, continuava la sua opera instancabile di medico, finchè, crollata la casa, con grande coraggio e sprezzo del pericolo, incitava ed aiutava ad estrarre dalle macerie i numerosi feriti; ne provvide poi al trasporto in luogo sicuro, mentre continuava il tiro nemico. — San Floriano, 28 novembre 1916.

In commutazione della medaglia di bronzo già conferita:

Bima Giuseppe, da Caraglio (Cuneo), tenente medico complemento reggimento alpini. — Durante il combattimento, dimostrò di possedere le più alte qualità di carattere militare e professionale, prestando, con raro coraggio, l'opera sua nella zona più pericolosa, e riuscendo, colla sua abnegazione, a raccogliere e salvare feriti gravi. In un momento critico dell'azione, toltosi il bracciale internazionale, con bella iniziativa si adoperava quale ufficiale combattente per spingere truppe all'attacco. — Monte Nero, 21 luglio 1915.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Leccese Antonio, da Elena (Caserta), sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Ferito da scheggia di granata, dopo medicato, continuò, con serena calma, a prestare le sue cure ai feriti rimanendo al suo posto di medicazione avanzato fino a che, sostituito da altro ufficiale medico, ricevette ordine di farsi trasportare alla sezione di sanità. — Altipiano Carsico, 2 novembre 1915.

NOTIZIE DIVERSE

La limitazione della carta.

Un decreto del Commissario per i consumi dispone che, a partire dal 1° maggio p. v., le riviste di qualunque natura debbano pubblicare, per ogni trimestre, un numero di pagine inferiore di almeno un quarto a quello di cui risultavano anteriormente al 1° giugno 1915.

Attenendoci a questo decreto, anche noi dovremmo ridurre il numero delle pagine.

Già attualmente ci riesce assai difficile di far posto all'enorme quantità di materiale che ci perviene — il quale concerne per la massima parte la medicina di guerra — e siamo costretti, nostro malgrado, a remore nella pubblicazione, od alla rinunzia di lavori pregevoli. Questo disagio non farebbe che aggravarsi ed acuirsi.

Il provvedimento emanato dal Commissario per i consumi non ci sembra neppure consentaneo agli interessi più alti del Paese.

È provvidenziale che venga eliminato lo sciupìo di carta che ha luogo negli uffici pubblici; è più che legittimo che vengano assoggettati a qualche restrizione i giornali politici, i quali consumano quantità ingentissime di carta; non si può che approvare che vengano infrenate le pubblicazioni voluttuarie, come le riviste di letteratura, d'arte, di varietà, di mode, ecc.; ma sarebbe pernicioso di colpire le riviste scientifiche e tecniche, le quali costituiscono un fattore dello sviluppo intellettuale ed economico della Nazione.

Sovratutto le riviste di medicina meriterebbero oggi un trattamento di favore, dacchè esse consacrano molta parte del loro spazio alla medicina di guerra, proponendosi lo scopo nobilissimo di fare che venga tutelata sempre meglio la salute dei nostri soldati, che vengano curati sempre meglio i nostri feriti di guerra, che vengano restituiti alla società operosi i nostri invalidi.

Sarebbe una colpa di ostacolare questi compiti: onde vogliamo augurarci che il Governo ritornerà nella disposizione emanata, almeno nei riguardi delle riviste mediche.

La nostra Amministrazione ritrarrebbe da essa qualche benefizio economico, in quanto verrebbero a ridursi le spese considerevoli cui va incontro per la carta; la nostra Redazione ne otterrebbe una riduzione di lavoro; ma l'una e l'altra preferiscono di affrontare oneri e sacrifizi, purchè la nostra rivista non venga menomata, onde si adopreranno per provocare la revoca parziale del Decreto, nella fiducia che venga accolto il loro *desideratum* che è anche quello dei nostri lettori.

In tal senso inoltreranno un'istanza alle Autorità competenti. IL POLICLINICO.

La Passeggiata Archeologica.

È per noi un motivo di compiacimento e di orgoglio ricordare che questa vasta zona di memorie consacrate dalla Storia, è stata offerta al culto ed all'ammirazione del mondo civile dalla felice intuizione e dalla fede operosa di Guido Baccelli.

Durante la solennità grandiosa della consegna al Comune di Roma da parte dello Stato, presenti il Luogotenente del Re, molti uomini di Governo, le più alte personalità dello Stato ed una immensa folla, furono pronunziati discorsi nei quali ricorre il nome del nostro sommo clinico.

Il ministro Ruffini, dopo aver rievocato lo sdegno ed i mòniti di Giosuè Carducci, aggiunse:

« Questo grido d'amore e di dolore non fu vano. Lo raccolse un alto spirito non indegno, non immemore di quella, ch'era a lui reale « patria, diva, santa genitrice », Guido Baccelli. E tutto se stesso diede — sono oramai trent'anni giusti questi tempi, dal voto del Consiglio comunale di Roma del gennaio 1887, da lui proposto, alla legge del luglio successivo del Parlamento italiano, di cui egli presentò, d'accordo con Ruggero Bonghi, il disegno — tutto sè stesso diede, al compimento di ciò che allora potè sembrare sogno di anime entusiaste, ed è ora invece mirabile realtà: « congiungere, come egli stesso disse, i monumenti antichi che si trovano nella zona meridionale della città per mezzo di pubblici giardini e di grandi viali alberati ». Gloria sia dunque al nome di lui, dal quale meritamente s'intitola uno di questi viali, e onore a quanti gli furono collaboratori volonterosi ».

Il sindaco di Roma disse:

« L'anima romana di un uomo insigne che della Madre sua sentiva il fascino della imperitura grandezza, concepiva, con patriottico amore, il sogno luminoso di restituire alla Città Eterna, libero da ogni profanazione, il suolo sacro dove il genio di Roma più profondamente impresse le sue orme indelebili. E, nella sua filiale devozione, nutrita di magnanimi entusiasmi, attuava il classico disegno, animando con un soffio di vita nuova questa plaga fortunosa, nella quale le memorie più fulgide della stirpe avevano trovato miserevole tomba.

Porgiamo vive grazie a quanti cooperarono alla nobile impresa, ed eleviamo l'animo nostro con riverente fervore a Guido Baccelli, che volle, « romanamente volle », questa risurrezione ».

Onoranze al Prof. Di Vestea.

In occasione del suo 25° anniversario d'insegnamento universitario, gli ammiratori dell'insigne igienista di Pisa hanno voluto tributargli cordiali onoranze. Alla cerimonia, tenuta nell'aula della scuola d'igiene di Pisa, intervenne uno stuolo di professori, di antichi discepoli e di amici del festeggiato; non mancavano una rappresentanza di soldati mutilati, ai quali il prof. Di Vestea dedica da tempo il suo affetto e la sua operosità, ed una rappresentanza di studenti.

Il prof. Frassi comunicò ai convenuti un grande numero di adesioni, vero plebiscito di affetto e di ammirazione venuto da ogni parte d'Italia. L'on. Queirolo portò il saluto di Pisa, che si gloria di ospitare il Di Vestea; il dott. Nicola Tucci portò il saluto dell'Abruzzo, che vanta di avergli dato i natali. A nome dei mutilati di

guerra, il soldato Francesco Telaro pronunziò un breve discorso che commosse profondamente i convenuti e di cui riportiamo la chiusa:

« Il vostro è per noi un apostolato d'amore: grazie. Quando saremo tornati alle famiglie nostre e in noi si ridesteranno le memorie di questa grande ora, il nome di Alfonso Di Vestea si ridesterà con esso, perchè rimarrà scolpito nei nostri cuori, simbolo di fratellanza umana e personificazione di paterna bontà ».

Prese infine la parola il prof. Di Vestea per ringraziare i promotori, i discepoli, gli amici, per ricordare le sue lotte, i suoi studî ed il cammino fatto dalla scienza nei suoi anni d'insegnamento.

La cerimonia è stata chiusa da una manifestazione della più alta e sentita cordialità.

Durante la stessa giornata il comm. Di Vestea ricevette un gruppo di professori ed ammiratori nell'Istituto per la rieducazione dei mutilati, sedente nel nuovo Istituto d'Igiene a S. Zeno. Gli intervenuti poterono ammirare gli efficaci mezzi di rieducazione dei nostri valorosi mutilati e il successo fin qui ottenuto.

Per la disciplina dei consumi.

L'Ufficio Comunale dell'Annona di Firenze ha pubblicato un piccolo opuscolo di propaganda, compilato dai professori Cesare Capezzoli, Gino Cesana e Guido Marchetti; esso contiene norme e consigli pratici per il pubblico, affinchè questo sappia procurarsi un vitto sano, sufficiente ed economico.

Navi-ospedale silurate senza preavviso.

Un comunicato dell'Ammiragliato inglese informa che le navi-ospedale *Donegal* e *Lanfranc* sono state silurate senza preavviso la sera del 17 aprile; della prima mancano 29 soldati feriti e 12 uomini di equipaggio; della seconda mancano 15 soldati tedeschi prigionieri feriti, 18 soldati inglesi feriti e 5 uomini di equipaggio.

Il comunicato fornisce i particolari di questo duplice delitto: si desume da essi che le navi-ospedale vengono attaccate di preferenza dai sottomarini tedeschi, in quanto che portano segni distintivi di illuminazione, che le rendono più visibili delle altre navi; ne deriva la necessità di non distinguerle più per mezzo di segni visibili.

Il comunicato fa la storia di alcune trattative corse tra i governi inglese, francese e tedesco, a mezzo delle ambasciate degli Stati Uniti e della Spagna, perchè fossero rispettate le navi-ospedale. Emerge da esse il malanimo del governo tedesco, dimostrato poi dai siluramenti di una serie di navi-ospedale.

Il comunicato accenna anche ad una rappressaglia, già attuata, in forma d'incursione aerea.

A titolo di rappressaglia contro il siluramento senza preavviso delle navi-ospedale, il Governo francese ha annunziato che farà imbarcare, sulle navi stesse, dei prigionieri tedeschi.

Il Comitato internazionale della Croce Rossa, con sede in Ginevra, ha trasmesso al governo germanico una protesta contro il siluramento, senza preavviso e senza visita d'ispezione, delle navi-ospedale, in conformità ad un'ordinanza emanata il 29 gennaio c. a. Il Comitato esprime il *desideratum* che il governo germanico non applichi più tale ordinanza che contrasta con le Convenzioni internazionali.

Conferenza.

A Milano, nel salone delle Società scientifiche di via S. Paolo, il prof. Giuseppe Antonini tenne per invito della « Dante Alighieri » una conferenza sul tema: « La psichiatria e la guerra ».

Disservizio postale.

Ci sono pervenuti molti reclami per il mancato recapito degli ultimi fascicoli.

A nostra volta, li abbiamo girati all'Amministrazione Postale. Ci lusinghiamo che questa vorrà e saprà migliorare il servizio, così da eliminare i frequentissimi disguidi, i quali sono cagione di contrattempi e di noie agli abbonati ed obbligano noi a far approntare una considerevole riserva di ogni fascicolo, ciò che determina un forte consumo di carta a vuoto. *L'Amministrazione.*

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *resp.*

Anno XXIV. Roma, 6 maggio 1917 Fasc. 19.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

CONFERENZE.

Sulle gangrene.

Conferenza del prof. IGINIO TANSINI pronunziata a Milano il 16 gennaio 1917.

Egregi Colleghi,

Desidero anzitutto di intenderci sul valore che io voglio dare a questo nostro trattenimento, al quale conservo il nome di conferenza; poichè da qualche tempo si indicano come conferenze anche i discorsi tenuti da valenti oratori con tutte le regole della retorica e gli abbellimenti dell'arte oratoria davanti ad un uditorio composto di elementi svariati e che offrono spesso più che istruzione, un godimento intellettuale; mentre per conferenza devesi intendere una riunione di persone competenti per ragionare intorno ad un argomento determinato di scienza, di politica, di arte, ecc. Così io intendo di darvi, direi quasi, lo spunto per l'argomento e voi potrete contribuire al più completo svolgimento del tema portando qui il frutto delle cognizioni proprie, della propria esperienza. È per tal guisa che uscendo di qui potremo tutti avere forse acquistata qualche nuova cognizione, o modificata qualche nostra opinione.

Le gangrene che noi osserviamo nei nostri Ospedali militari sono le *gangrene da congela-*

mento la *gangrena traumatica semplice* o *trombotica* e la *gangrena gassosa*.

Le gangrene da congelamento, o da perfrigerazione, furono per noi una novità. Ben pochi di noi ne avevano osservate nella pratica civile: io, p. es. in oltre trenta anni di esercizio ne curai un solo caso ed i pochi casi si riferiscono ad alpinisti ed a gangrena vera e propria da congelamento per effetto delle nevi e dei ghiacciai. Questa guerra invece ci ha svelato una nuovissima serie di alterazioni delle estremità, con grandissima prevalenza delle estremità inferiori, che con espressione più o meno propria si chiamarono da congelazione, provocate da un complesso di circostanze e di condizioni nelle quali furono posti i soldati, ma tra le quali manca propriamente il congelamento, vale a dire l'influenza diretta di una temperatura assai bassa al disotto dello zero.

Invero il più gran numero di tali soldati infermi ci provengono dalle trincee, dalle vedette, dove dovettero rimanere per lungo tempo immobili con i piedi nel fango o nell'acqua fredda o raffreddata dal vento, ma non gelata, e le gravi alterazioni dei piedi si poterono verificare in stagione non propriamente invernale ed in località non molto elevate. Talchè si potè distinguere il congelamento o la perfrigerazione dal così detto piede da trincea: bisogna pur dire però che le alterazioni sono assai simiglianti e che possono condurre alla gangrena.

Come può verificarsi il così detto congelamento senza il gelo?

Si diedero interpretazioni varie. Anzitutto si interpretò il fatto come risultante dalla immobilità, dal raffreddamento prodotto in parte dalla immobilità stessa, in parte dall'acqua e dalla umidità, o dal fango, in parte dalla strettura delle fascie e delle scarpe. Messo il piede pei due fattori primamente detti in condizione di massima vulnerabilità, si comprende come la pressione possa, anche se lieve, determinare il decubito, favorire la gangrena.

Che la scarpa possa avere una grande efficienza nel determinare tale grave alterazione lo sapevano già gli alpinisti che hanno sempre raccomandato di toglierle quando dovessero o pernottare, o rimanere fermi a lungo sulla neve. Già Senofonte, generale e storico della spedizione di Ciro, raccomandava ai soldati, che dovevano fermarsi la notte col gelo, di togliersi i calzari. Ma anche la compressione delle scarpe insieme agli altri fattori parve a taluno che non spiegasse sufficientemente il fatto e si vollero trovare altre spiegazioni.

Così il Cottet, a proposito appunto della precoce — rispetto alla stagione — apparizione dei piedi gelati (agosto e settembre), opina che il freddo non è che uno degli elementi per il loro determinismo. Egli insiste sul valore semiologico dei disturbi della sensibilità cutanea che si riscontra constantemente in questa affezione sulle membra affette e che consiste in una ipoestesia tattile, dolorifica e termica che rilevasi simmetricamente alle gambe rispettando in parte i piedi e che rimonta più o meno alto verso le coscie. Nè si può dire, egli sostiene, che tal fatto sia la conseguenza diretta della alterazione dei piedi, effetto di alterazione neuritica, poichè egli l'avrebbe osservata in soggetti che non avevano presentato accidenti acuti di questo ordine. Potrebbe trattarsi di una alterazione primitiva sviluppatasi forse per gli strapazzi della vita del campo, per le stesse cause agenti però meno energicamente. La nozione di questa forma cronica, verosimilmente assai frequente nell'armata, ha una importanza pratica dal punto di vista della conservazione degli effettivi; trovandola a tempo si potrebbero escludure i soggetti che ne sono colpiti e portatori ignorati e per ciò più vulnerabili, dal servizio invernale nelle trincee per evitare gli accidenti acuti che necessitano la loro ospitalizzazione talvolta per mesi.

Ancora più recentemente Raynaud de Val de Grâce e Parisot de Nancy si sono fatti il quesito per quale meccanismo l'umidità fredda può agire sui tessuti e determinare le alterazioni che compendiansi sotto il nome di congelamento dei piedi. Per essi si tratta di una infezione localizzata del piede della quale l'agente è una muffa indentificata dal prof. Vuillemen. Sarebbe come una micetoma dei piedi comparabile al piede di Madura, e propongono di chiamarlo «piede di trincea». Il fungo si trova nel suolo infetto, nella paglia, nel letame ed è portato a contatto del piede dal fango delle trincee. Penetra nei tessuti attraverso le escoriazioni frequenti nei punti di sfregamento, o per la matrice dell'unghie.

Quasi tutti gli uomini che hanno soggiornato nelle trincee sono apportatori di onicomicomi. L'abbassamento locale della temperatura risultante dalla stagnazione nell'acqua permette l'innesto del fungo, perchè il parassita si sviluppa tra i 25 ed i 30 gradi.

In quanto alla terapia io mi limiterò a discorrere specialmente su quella della gangrena. Quando gli ammalati arrivano agli ospedali territoriali il processo di congelamento, se trattasi di congelamento vero e proprio, è già ben caratterizzato; è già passato troppo tempo per applicare con efficacia quelle pratiche che pos-

sono conservare o ricondurre la vitalità nelle parti colpite.

Come però alcuni di voi potranno trovarsi, per le vicende del servizio, nell'occasione di soccorrere tali infermi in tempo utile, o poco dopo l'accidente, sarà bene che brevissimamente io accenni a qualche norma fondamentale. Anzitutto si badi bene di non riscaldare rapidamente la parte colpita. Ciò porterebbe all'effetto perfettamente opposto e cioè alla rapida gangrena. Tale norma fu già stabilita in occasione della campagna napoleonica di Russia dal chirurgo capo barone Larrey. Bisogna invece frizionare le parti colpite con neve o ghiaccio fuso e solo lentamente, gradatamente e modicamente riscaldare le parti stesse.

Si potrà ancora riuscire talvolta nei casi di piede da trincea, quando i colpiti ci arrivino nei primi giorni, di conservare o di ricondurre la vitalità nelle parti affette poichè si è non raramente osservato che tra i fenomeni di una prima fase a quelli di gangrena passano sei od anche sette giorni. Pertanto non escludo, se la gangrena non è conclamata, l'utilità delle pratiche a noi ben note anche se vi ha già cute fredda e livida, e cioè delle frizioni, dei movimenti passivi, degli impacchi tiepidi, dei bagni d'aria calda. Ma quando la gangrena è avvenuta dobbiamo anzitutto preoccuparci di evitare la putrefazione delle parti morte e di favorire il tipo di gangrena secca, prosciugando le parti necrosate. Il mezzo migliore è l'impacco con alcool: grazie a questo scompare, o si evita l'odore nauseante, la parte si mummifica e si può prender tempo perchè la limitazione della gangrena si effettui nel modo il più completo. Posciachè io raccomando vivamente di non intervenire se non quando la linea di demarcazione sia ben profonda e ben mummificata ogni parte gangrenata.

L'attesa, con tale trattamento, sarà permessa quando non esistano complicazioni flemmonose nelle vicinanze le quali possono fornire indicazioni speciali di intervento per combatterle, ma l'amputazione sarà ritardata il più possibile. L'intervento a scopo demolitore pur avvenendo in tessuti apparentemente sani e vitali, ma in prossimità della parte gangrenata, può essere pericoloso. Io ho visto frequentemente in ammalati apiretici, o quasi, in seguito a tali interventi, alzarsi in modo impressionante la temperatura ed aggravarsi le condizioni generali. Se proprio non esistono specialissime condizioni che impongano l'intervento demolitore, bisogna aspettare, aspettare che una viva e spessa barriera di granulazioni abbia in gran parte separata la parte viva dalla morta. Per tal guisa noi avremo anche il vantaggio della maggiore conservazione possibile dell'arto e talvolta, quando trattasi delle dita, noi possiamo vederne la caduta spontanea seguita da un processo di riparazione, rapido e regolare con ottima configurazione delle estremità.

Gangrena traumatica semplice o trombotica. — Avviene relativamente di raro di osservare tale forma di gangrena poichè sono troppo facili e sono troppo imminenti le cause di infezione perchè tale gangrena rimanga pura. Essa costituisce un terreno troppo propizio all'attecchimento dei germi infettanti perchè, pur non essendo rara, essi ci si presenti immune e non già trasformata in gangrena putrida o gassosa. Però casi di questo genere io ne ho osservati vari ed è bene che il chirurgo li sappia riconoscere e si adoperi perchè siano conservati allo stato di semplicità potendosi per tal guisa la maggior parte delle volte conservare l'arto se, come spesso avviene, è l'arto colpito.

Il suo meccanismo è facile a comprendersi. Le ferite contuse vaste e con vasta contusione, quelle con compromissione di grossi tronchi vascolari espongono alla gangrena. Lo schiacciamento dei vasi di 2° e di 3° ordine, talvolta anche di vasi di 1° ordine, porta alla loro obliterazione; l'avventizia resiste, la media si retrae, l'intima si accartoccia, il lume del vaso è chiuso: nel territorio di loro irrorazione la vita si spegne già per questo fatto e si hanno larghe zone necrotiche: la necrosi può anche essere per spessore, massiva ed allora non si può sperare nella conservazione dell'arto, ma quando essa è per estensione e con una non grande profondità, debitamente trattata, non porta al sacrificio dell'arto. Ricordo di essermi varie volte trovato in momentaneo contrasto con qualche collega, sulla valutazione di tali casi, quando nel principio della nostra guerra più che l'esperienza diretta influivano sul giudizio le nozioni acquisite dalla stampa riferentesi ai feriti stranieri.

La gangrena gassosa era l'incubo ed arrivando nei nostri ospedali un ferito con un arto in buona parte con segni di gangrena, con odore penetrante, si imponeva il caso come di estrema gravità e la tendenza era per l'amputazione. Io che avevo avuto l'occasione di osservare alcuni di tali casi a Pavia dove erano affluiti nei primi giorni di guerra numerosissimi feriti, mentre negli ospedali di Milano non arrivarono in quantità se non oltre un mese e mezzo dopo, ho potuto confortare del mio giudizio qualche collega e l'andamento di tali ammalati mi diede ragione.

È certo che bisogna essere assai vigilanti poi-

chè dalla gangrena semplice si può passare alla invadente o gassosa per infezione secondaria: anzi, ripeto, ciò avviene con frequenza.

Si può riconoscere la gangrena semplice dai seguenti caratteri. Il paziente si presenta bene nelle condizioni generali, può avere anche febbre alta, ma non brividi: soffre bensì ma in proporzione delle lesioni, specialmente se vi sono fratture: a medicazione finita, con una buona collocazione dell'arto, il dolore cessa e l'ammalato non presenta soverchia irrequietezza. Tale gangrena è collegata con traumi gravi e lesioni gravi a differenza della gassosa che può collegarsi con trauma e lesioni lievi, o lievissime. La gangrena non presenta alcuna tendenza ad estendersi, mentre la anaerobica, con maggiore o minore rapidità tende sempre ad allargarsi. L'odore che sempre esiste all'arrivo del ferito nei nostri ospedali, scompare facilmente con una detersione antisettica, o con una lavatura con alcool.

Per la cura bisognerà usare la massima diligenza nella pulizia di tutto l'arto: rasura accurata dei peli fino alla radice della coscia e del pube, lavatura della pelle con benzina e poi con alcool, infine con una soluzione antisettica energica come il sublimato all'1‰. Si tenterà di mummificare le parti necrotiche con impacchi di alcool: si faranno sbrigliamenti dove si manifestassero fenomeni flemmonosi. Tutto ciò per evitare la infezione secondaria che può provenire dalla pelle e dai peli ricchi di germi, compresi quelli della gangrena gassosa.

Noi abbiamo esempi ormai molteplici di sviluppo di tale gangrena anche 20 giorni dopo che il ferito procedeva regolarmente, con ferita non gravemente settica, in occasione di intervento su parti sane, o di indebolimento della resistenza organica per legatura di grossi vasi.

Io ho potuto con tale condotta rigorosa assistere alla eliminazione spontanea delle parti mortificate od aiutata solo con demolizione di parti semistaccate necrosate, praticata con tagli sulla parte morta, tanto per alleggerire il carico, ed alla guarigione con l'utile conservazione dell'arto in casi nei quali si era creduta inevitabile l'amputazione.

Gangrena gassosa. — Con questo nome si comprendono forme cliniche diverse. Si sono stabiliti dai vari osservatori vari tipi di alterazioni gravi da infezione anaerobica ai quali vuolsi da alcuni attribuire un valore nosografico proprio, da altri sono considerate come varietà semplici dell'istesso processo morboso od ancora come fasi diverse dello stesso. La terribile infezione ha potuto pertanto essere indicata con nomi differenti: flemmone gangrenoso, flemmone gassoso, enfisema gangrenoso progressivo, gangrena traumatica invadente, gangrena fulminante ed altri ancora. Così ancora tali forme cliniche hanno subìto distinzioni secondo la loro evoluzione e secondo la localizzazione anatomica. Ma sotto un punto di vista pratico noi possiamo comprenderle come manifestazioni varie legate alla maggiore o minore virulenza degli agenti patogeni, alla costituzione individuale, a concomitanze particolari climatiche, ad associazioni microbiche varie e via dicendo. Così p. es. le forme anaerobiche indicate da Lardennois e Baumel coi nomi di degenerazione maligna tumefaciente muscolare e l'edema maligno al quale si attacca l'erisipela bronzina evolvono in principio senza sfacelo odoroso e senza gas; possono essere anche mortali senza cambiare notevolmente d'aspetto, o possono essere seguìte da una gangrena diffusa tipica gassosa.

Come vi è noto, i germi patogeni provocatori diretti di tali gangrene sono il vibrione settico, il bacillo *perfringens*, i protei, volgare e di Zenker, con frequente corteo di streptococchi, *bacterium coli* ed altri ancora; ma i primi indicati non mancano mai. Probabilmente non vi ha un unico e specifico agente patogeno: ha forse importanza morbigena la loro simbiosi.

L'infezione anaerobica si sviluppa preferibilmente nelle ferite muscolari strette e profonde e là dove vi hanno collisioni di sangue: è più frequente alle membra inferiori che alle superiori e vi è anche più grave: il luogo di elezione per la proliferazione degli anaerobi è il tessuto muscolare.

Spesso le prime alterazioni si verificano nei tessuti profondi, i muscoli sono ridotti in poltiglia rosso-oscura, ovvero sono conservati colla loro forma ed hanno l'aspetto di carne cotta. L'osso è denudato, le aponeurosi bianco-grigiastre, o verdastre, i tendini bianco-opachi, il cellulare disfatto, i vasi in parte trombizzati. La cute a volte non appare assai alterata, però non tarda ad assumere un aspetto caratteristico, talvolta rosso rameico — risipola bronzina — poi a chiazze oscure, come bronzo fiorentino, nella fase avanzata.

L'infezione può prendere un andamento grave anche per piccole ferite come per le grandi, con o senza frattura. Io ricordo sempre un caso da me osservato a Palermo sopra un giovane impiegato che con una lesione impercettibile soccombette ad una gangrena invadente, fulminante. Saltando dal trampolino ai bagni di mare gli parve di avere battuto un po' più forte

del solito col perineo contro la superficie dell'acqua, ne ebbe come una molestia ai dintorni dell'ano, ma non vi badò: stette come di solito sulla spiaggia rocciosa, poi andò a casa; ben presto venne colto da febbre intensa con brivido, con senso di profondo malessere, e si acuì alquanto la molestia ormai dolorosa all'ano ed al perineo. Il medico chiamato tosto osservava come una chiazza nerastra intorno al podice e l'interpretò come una contusione, ma già verso sera essa si era estesa e le condizioni generali si erano aggravate: fui chiamato d'urgenza ma non potei vedere l'ammalato se non al mattino per tempo. Già lo scroto era alquanto tumefatto e livido e chiazze bronzine si estendevano verso gli inguini. Non riescii nella zona nerastra a rilevare lesione di continuo. Pensai a gangrena da infiltrazione urinosa, ma l'ammalato aveva urinato regolarmente, ed un catetere molle introdotto nell'uretra entrò facilmente in vescica e senza perdita di sangue. Nel corso della giornata le chiazze si estesero a tutto il dorso con crepitio evidente, la depressione con irrequietezza si accentuò rapidamente e nella sera il giovane soccombeva.

In questo caso la lesione era tanto lieve per sè stessa che non riuscii a rilevarla: essa era certamente mascherata dal processo gangrenoso rapidamente svoltosi intorno all'ano e il caso dimostra appunto che l'infezione per attecchire non ha bisogno di lesioni gravi.

Favoriscono singolarmente lo sviluppo della gangrena gassosa gli ematomi dovuti a lesioni di vasi importanti delle membra. Tali ematomi come manicotti interni determinano una compressione che può provocare la gangrena, o per disturbo circolatorio rendono le parti sottostanti meno resistenti ai germi necrofori i quali trovano già nella raccolta sanguigna terreno favorevole al loro sviluppo e diffondendosi determinano lo sfacelo gassoso dell'arto.

I caratteri clinici che portano alla diagnosi sono ormai già a voi ben noti: la regione colpità è tumida: vi è sonorità alla periferia della ferita ed una zona dolorosa alla pressione, situata alla periferia della zona sonora. La pelle è tesa e può essere chiazzata in rosso rameico, poi assume una tinta livida. L'aumento locale della temperatura è lieve, o manca, anzi la cute può essere qua e là fredda. Vi ha odore fetido. Lo stato generale in un primissimo periodo talvolta non lascia presagire la gravità del male: insorge però ben presto ansia ed agitazione: la temperatura si alza talvolta a 40°, il polso si fa frequentissimo a 140, 150 battute: il paziente diventa pallido, spesso itterico. Più avanti esso diventa apatico, lo stato mentale si obnubila, si osserva come uno stato di indifferenza. Ho visto però in qualche caso anche in periodo avanzato, intelligenza piena e calmo discernimento del proprio stato morboso. Il processo gangrenoso si estende in tutti i sensi continuamente.

Il decorso per la durata è alquanto variabile, talvolta impiega a svolgersi fino a tre giorni, altre volte è rapidissimo in dieci, dodici ore, decorso che giustifica l'appellativa di fulminante dato alla gangrena gassosa: in altri casi ancora, specialmente quelli che giustificano per la presenza di fenomeni infiammatori il nome di flemmone gassoso, la tendenza alla diffusione in estensione ed in spessezza dalle parti profonde alle superficiali, è meno spiccata.

Ora veniamo al capitolo della cura sulla quale molto si è detto e non tutti i pratici sono concordi. È certo che non si può stabilire una regola generale da applicarsi in ogni caso del genere. Già la varietà di forma ed anche la diversità dei tessuti più colpiti portano a disparità di trattamento e questo ancora deve variare a norma delle fase nella quale ci si presenta la malattia.

Qualche massima però si può indicare, si può tracciare qualche linea di condotta che potrà essere modificata ma che potrà sempre servire di guida. Purtroppo in molti casi non può esservi dubbiezza alcuna sulla necessità dell'amputazione.

La gangrena gassosa, qualunque sia la indole e prescindendo per un momento dalla sua evoluzione successiva, può presentarsi circoscritta o diffusa, parziale o massiva a tipo, dirò così, freddo o flemmonoso.

Ormai sono cadute le speranze di salvezza con le iniezioni di ossigeno o di acqua ossigenata nelle parti circostanti a quelle colpite; si sono tuttavia, nelle forme circoscritte con altre pratiche più energiche ottenuti ottimi risultati conservativi. In questi casi, e cioè quando è esclusa la forma massiva, per la quale intendesi la compromissione gangrenosa completa a tutto spessore dell'arto, può ancora aspettarsi un beneficio dagli sbrigliamenti estesi, dall'escissione dei tessuti mortificati fino ad incontrare tessuti colorati normalmente e sanguinanti: bisogna oltrepassare i limiti della gangrena, bisogna perseguirla in tutti gli interstizi muscolari che essa ha invaso.

Si badi però che non avvenga che, procedendo in questa guisa, guidati dall'occhio, la distruzione dei tessuti non arrivi ad un punto che prepari la conservazione d'un arto inutile

od ingombrante: in tal caso si proceda senza altro all'amputazione.

Tale pratica sarà più frequentemente applicabile quando si potrà intervenire precocemente, ma bisogna però ben stabilire che anche in questi casi essa è sempre, contrariamente a quanto credono alcuni, necessaria e che non è lecito illudersi che l'ablazione del proiettile e dei frammenti di stoffa, il tamponamento con zaffi imbevuti di acqua ossigenata ed il drenaggio possano bastare.

L'exeresi dovrà sempre essere condotta in modo di evitare il taglio totale di un muscolo, o di un intero gruppo muscolare: bisognerà conservare fasci di ogni muscolo in modo da evitare grave impotenza funzionale equivalente alla mancanza dell'arto.

Un'altra pratica che ha dato anche talvolta ottimi risultati è quella con la quale non si insiste tropo sulla escissione dei tessuti compromessi col bistori e colle forbici, ma invece si praticano sbrigliamenti lineari lunghi, lunghissimi che vanno molto al di là delle parti evidentemente alterate, che possono estendersi dal piede alla radice della coscia, multipli, a distanza di sei, sette centimetri uno dall'altro: si penetra con essi al di là della fascia aponeurotica ed anche incontrando muscoli dall'aspetto normale non si deve arrestare lo sbrigliamento che deve procedere negli interstizi muscolari per via ottusa fino sullo scheletro tenendo presente che la maggior parte delle volte il focolaio gangrenoso gassoso primitivo ed il più virulento è profondo, là dove fu innestato il germe e dove v'è spesso raccolta sanguigna, da dove il processo si propaga verso le parti superficiali ed in tutti i sensi. Tali sbrigliamenti è bene che siano fatti col termocauterio o col coltello termogalvanico ed avendo cura di evitare il decorso dei grossi vasi e dei grossi nervi, si distruggeranno col ferro candente le parti più evidentemente gangrenate.

Per irrigazioni ed impacchi, dopo lo sbrigliamento, si usino l'acqua ossigenata o l'ipoclorito di calcio, od il permanganato potassico.

Ora vediamo di stabilire una linea di condòtta pratica sia per quelli fra voi che ancora per scarsa esperienza si sentano, davanti a qualche caso, incerti, come per quei casi nei quali si voglia chiedere il consulto.

Il primo quesito da risolvere è questo: è la gangrena veramente massiva? Se ciò è evidente e fuori di ogni dubbio io consiglio l'amputazione immediata e tenuta alta: ma nel dubbio si pratichino le incisioni larghe, estese, e le profonde esplorazioni. Con queste si mettono in evidenza le precise condizioni dell'arto o della regione colpita, e se ne trae argomento, se l'estensione del male e l'aspetto dei tessuti lo consentono, per affidarsi ad esse per la conservazione dell'arto, non dimenticando mai di tener d'occhio e vigile le condizioni generali del ferito, o di passare senz'altro all'amputazione, seduta stante, se più nessuna parte, o ben scarse, si mostrano vitali.

Così nei casi dubbi e nei quali per un complesso di corcostanze si dovesse chiedere il consulto, bisogna pensare che il consulente può essere assai lontano, che non può sempre intervenire prontamente quando l'attesa può essere dannosa od anche esiziale per l'infermo. Anche in questi casi, nell'attesa, non stia il curante inerte: ma almeno sbrigli, osservi, esplori e se ancora dopo di ciò rimane ancora incerto sulla necessità nell'amputazione egli avrà sempre fatta opera giovevole e resa l'attesa meno pericolosa.

QUESTIONI DEL GIORNO.

OSPED. CIVILE E MILITARE DI MIRANDOLA (MODENA).

A proposito del metodo Ruggi nel trattamento delle ferite settiche.

(Risposta al dott. G. B. STRETTI).

Dott. LUIGI SILVESTRINI, Chirurgo-Direttore.

Poche parole credo sufficienti in risposta al dott. Stretti pel suo articolo (N. 12 del *Policlinico* - sez. prat.) in difesa del metodo Ruggi nel trattamento delle ferite settiche, sia perchè egli nulla di nuovo aggiunge a quanto il professor Ruggi aveva esposto nella sua conferenza, sia perchè lo Stretti indugiandosi in alcuni particolari tecnici ed in rilievi di poco conto, data la controversia attuale, ha dimenticato in realtà di rispondere alle critiche che al metodo suddetto si possono muovere.

Sui concetti generali adunque esposti dal prof. Ruggi, come già dissi nel mio precedente articolo, nessuno io credo abbia qualcosa a ridire, come pure sulla necessità di una revisione e di uno sbrigliamento iniziale della ferita, cose queste sulle quali tutti convengono. Il dissacordo comincia sul comportamento ulteriore, quando cioè, praticato lo sbrigliamento per dare esito alla secrezione della ferita, che la revisione anche la più accurata non potrà mai sopprimere per un certo tempo, il prof. Ruggi propugna un metodo di cura che, a mio modo di vedere, non corrisponde affatto allo scopo per cui fu praticato lo sbrigliamen-

to precedente, quello cioè, di eliminare dalla ferita i secreti.

Come infatti si può imaginare che l'accumulo dell'essudato non si riformi, quando si lasciano in sito per parecchi giorni e talvolta per settimane dei drenaggi che già in capo a qualche giorno cessano di funzionare per ragioni fisiche molto evidenti e sulle quali richiamai l'attenzione nel mio precedente articolo?

Come si può supporre che il secreto della ferita venga derivato all'esterno, quando non si ha cura di rinnovare frequentemente la garza che avvolge la ferita, la quale, appunto per l'accumulo della secrezione di cui viene imbevuta fin dall'inizio, lungi dall'essere una comoda via di eliminazione viene in breve tempo a costituire quasi una barriera contro l'assorbimento ulteriore degli essudati della ferita? Peggio ancora se si *avvolge la garza con uno strato di guttaperca laminata*, come talvolta consiglia il prof. Ruggi; e badi il dottor Stretti che la frase non è mia, come erroneamente egli mostra di credere, ma bensì dello stesso prof. Ruggi; legga infatti quanto è scritto nel *Policlinico* (sez. prat.) anno 1916 pag. 1046, riga 40° e veda poi di conciliare, se gli è possibile, l'opinione del suo maestro con quanto egli ha scritto in proposito.

Come non supporre che il pus, che la natura stessa tende ad eliminare, ristagnando nella ferita non riesca nocivo ai processi reintegrativi della ferita stessa ed anche all'organismo intero, ammessa pure una diminuzione numerica e di virulenza dei germi per fatti di simbiosi o di autolisi microbica? non rimangono forse, anche nell'ipotesi più favorevole, i prodotti di disfacimento dei microrganismi e dei fagociti e certe secrezioni della ferita in genere che di per sè costituiscono altrettanti veleni?

Se poi tali secrezioni *rappresentano un liquido di medicatura umida, naturale*, perchè oggi da tutti i chirurghi e dallo stesso Ruggi si insiste tanto sulla convenienza di una medicatura asciutta? Che se le secrezioni della ferita *rappresentano un liquido che non può essere sostituito e non può essere dannoso*, come mai certi ascessi chiusi specialmente cronici non guariscono spontaneamente ed anzi se non evacuati od aperti tendono a complicarsi ed a diffondersi, con grave pregiudizio della parte lesa e dell'organismo intero?

Quanto alle granulazioni sviluppatesi sotto lo stimolo del secreto, io ritengo che bisogna sempre diffidare, sia perchè sovente nascondono dei tragitti e dei recessi che devono poi essere ben drenati, sia perchè tali granulazioni, anche se esuberanti, non sono sovente quelle che conducono alla guarigione della ferita.

Quanto all'immobilizzazione della parte lesa, tutti, nessuno escluso, convengono che essa sia un elemento indispensabile per assicurare una sollecita e completa guarigione; ma anche su questo punto non conviene, a mio modo di vedere, esagerare.

Comprendo che si possa, anzi si debba assolutamente ricorrere all'immobilizzazione dell'arto ed anche di parte del tronco, quando si tratta di una ferita con grave lesione ossea od articolare e mantenere tale immobilizzazione fino a consolidamento completo, anche a spese della trofia delle masse muscolari e dei movimenti articolari, curando però sempre di praticare in qualche modo la medicatura della ferita stessa; ma quando si tratta di semplice lesione delle parti molli o quando il consolidamento osseo è già avvenuto, immobilizzare largamente e talvolta fin tutto l'arto e mantenere per lungo tempo tale immobilizzazione significa certamente andare incontro senza un compenso proporzionato a dei fatti trofici ed anchilotici che altrimenti si potrebbero evitare, pure concedendo alla parte lesa un relativo riposo: insomma, a me sembra che non vi sia proporzione fra il beneficio che si arreca al paziente (parlo di feriti senza lesione ossea) con una immobilizzazione assoluta, molto estesa e prolungata ed i pericoli a cui si va certamente incontro.

Tre sono le condizioni essenziali che inducono il prof. Ruggi al rinnovamento della medicatura: l'elevazione termica, il dolore, l'emorragia.

Quanto alla temperatura, leggendo la conferenza del prof. Ruggi, vien subito fatto di domandarsi: e non si sarebbero forse potuti evitare quei rialzi termici rinnovando un po' più frequentemente la medicazione? Io ritengo che la risposta non possa essere che affermativa; giacchè quando le medicature sono fatte bene, checchè se ne dica, i rialzi termici consecutivi sono rari, di poco conto e passeggieri. In secondo luogo, e questo è un punto da tener ben presente, il grado della temperatura non è sempre in rapporto diretto col grado di assorbimento. La patologia e la clinica c'insegnano che in certe malattie infettive croniche, pure avendosi un assorbimento anche notevole di materiale infettivo, non si riscontrano molte volte che rialzi termici leggeri e quasi nulli; eppure quelle sostanze (microbi e tossine) assorbite e penetrate in circolo minano lentamente l'organismo, non solo per ciò che ri-

guarda nuove localizzazioni del processo infettivo, ma in rapporto bensì alla stessa integrità e funzionalità degli organi interni.

All'insorgenza del dolore non è il caso di attribuire grande importanza, giacchè, a parte il suo valore soggettivo, esso non può avere che un valore negativo: la presenza del dolore potrà significare qualcosa, l'assenza non dice nulla.

Per ciò che riguarda l'emorragia, legga lo Stretti più attentamente quanto ho scritto in proposito: non è il pericolo dell'emorragia che deve indurre il chirurgo alle frequenti medicazioni, ma si è medicando con la dovuta frequenza (espressione questa che non deve intendersi in senso assoluto ma bensì in rapporto ai caratteri ed all'andamento delle singole ferite) che si ha anche il vantaggio non solo di rimuovere il secreto della ferita che non può non essere nocivo alla integrità delle pareti vasali, ma bensì quello superiore di sorvegliare accuratamente la ferita stessa e quindi di prevenire, se del caso, il pericolo di eventuali complicanze, prima fra tutte quella dell'emorragia. E si badi bene, che sul fatto dell'emorragia conviene essere ben guardinghi: giacchè è sufficiente l'apertura di un vaso anche di non grosso calibro per determinare una emorragia mortale, prima che il chirurgo anche il più attento possa arrestarla.

Queste le ragioni principali che mi fanno ritenere il metodo Ruggi non accettabile affatto nel trattamento delle ferite settiche; ritengo di essermi spiegato a sufficienza nel mio precedente articolo per non dilungarmi soverchiamente in una discussione più minuziosa.

Una cosa soltanto tengo a dichiarare e cioè, che io non ho inteso colla critica al metodo suddetto di venir meno a quel rispetto e a quella stima di cui universamente è circondato l'illustre prof. Ruggi, sia come Clinico che come Maestro. Un consiglio però mi permetto di rivolgere al suo assistente il dottor Stretti: lasci da parte certe espressioni che, mentre non aggiungono nessun argomento, nuocciono alla serietà ed alla serenità della discussione.

Pubblicheremo prossimamente i sunti delle Conferenze che il prof. ROBERTO CAMPANA *ha dato e vien dando, nei giorni di mercoledì, alle ore 8.30 del mattino, nella R. Clinica Dermosifilopatica di Roma.*

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE DA CAMPO N. .... ZONA DI GUERRA

Osservazioni sui disturbi da alimentazione nel soldato in guerra.

Importanza del fattore avitaminico.

Dott. PAOLO RAMOINO, tenente medico.

La rivista della recente e ormai copiosa letteratura sugli stati patologici riscontrati nei soldati di tutti i paesi belligeranti, richiama all'attenzione il fatto che i disturbi osservati vengono assai spesso attribuiti alla imperfetta alimentazione, senza che per altro sia bene determinato di quale deficienza essa possa maggiormente essere incolpata.

L'esperienza da me fatta presso i soldati in trincea durante quindici mesi, mi ha convinto che realmente, in buon numero di casi, si debba incolpare il regime alimentare dello stabilirsi in essi di una speciale condizione morbosa, che può contribuire a rendere l'organismo maggiormente sensibile all'azione di agenti di altra natura.

Bisogna pensare che il soldato in prima linea, il che oggi equivale a dire in trincea, non ha facoltà, come il soldato in guarnigione e nelle retrovie, di fornirsi, all'infuori della razione abituale e con mezzi propri, di sostanze alimentari meglio confacenti al proprio gusto o bisogno. Sotto questo aspetto il soldato in trincea è paragonabile all'animale da esperimento che teniamo rinchiuso e a cui imponiamo una determinata dieta alimentare per studiarne l'effetto.

Si capisce la grande influenza che può esercitare l'uniformità della dieta sulla nutrizione e sull'economia tutta dell'organismo e quali danni dovrebbero derivarne qualora fosse in qualche parte difettosa.

Le emozioni di ogni genere, a cui va soggetto il soldato in guerra, la disciplina ferrea, la lontananza e la preoccupazione della famiglia, le fatiche, gli strapazzi, le lunghe marce, le veglie prolungate, l'essere spesso confinati in ambienti ristretti e impropri, e infine le alterazioni climatiche (il calore eccessivo, il freddo intenso e specialmente l'umidità), sono tutte condizioni le quali fanno indubbiamente sentire la loro azione deleteria sull'organismo.

Tuttavia credo non se ne debba esagerare la importanza. Io ho visto il nostro soldato assuefarsi facilmente ai diversi climi e temprarsi in breve tempo alle fatiche e alle emozioni. Ho potuto invece constatare più volte l'insorgenza di vere epidemie di disturbi specialmente ga-

stroenterici e discrasici dopo un periodo più o meno lungo di tempo in cui i soldati venivano sottoposti a un regime che, per la lontananza delle cucine e per la difficoltà dei rifornimenti e dei trasporti, era quasi sempre ridotto ed imperfetto. La sintomatologia morbosa osservata in questi casi è abbastanza caratteristica. Sono in genere individui non febbricitanti, di aspetto piuttosto abbattuto, che si lamentano di perdita di appetito e di mancanza di forze. Obbiettivamente non si trova nulla di notevole ed il medico il più delle volte non si sente ancora autorizzato a considerarli come ammalati; solo poi avrà modo di riscontrare in essi la comparsa di disturbi di non lieve entità.

Ai sintomi di spossatezza e debolezza generale seguono precocemente i disturbi gastrointestinali: si hanno da principio alternative di diarrea e di costipazione, il ventre diventa meteorico; poi si stabilisce una diarrea insistente, a scariche giallicce che diventano sempre più liquide, generalmente non precedute da dolori colici. Le scariche sono spesso grasse e sanguinolenti, il più delle volte notturne, quasi sempre ribelli ai comuni astringenti.

Non è raro l'osservare uno spiccato erpete localizzato o agli angoli labiali o all'apertura delle pinne nasali. Frequenti le epistassi. Frequentissime le alterazioni delle gengive: queste sono rigonfie, flaccide, di colore cianotico e sanguinano con facilità: i denti sono sporchi, ricoperti da patina grigiastra, l'alito fetido. Molto comuni e svariati i disturbi cutanei (a parte, naturalmente, quelli di natura parassitaria): acne, foruncolosi, eczema, manifestazioni pruriginose; qualche volta si osservano delle macchie color rosso cupo sotto la cute in corrispondenza dei follicoli dei peli. Ho osservato ancora con frequenza iniezione congiuntivale, palpitazione di cuore, dolori articolari e muscolari, cefalea e, costantemente, dimagramento progressivo, indebolimento muscolare, apatia intellettuale, sonnolenza, carattere triste e malinconico. La febbre manca.

Come si vede, trattasi di un complesso di disturbi a fondo essenzialmente discrasico, aventi molta affinità con quanto si osserva nella sindrome scorbutica. Questi disturbi in genere scompaiono allorquando l'individuo ritorni per tempo in condizioni normali, specialmente rispetto all'alimentazione. Molte volte invece essi non sono che i prodromi di fenomeni morbosi assai più gravi. In cinque di tali individui io ho potuto constatare l'insorgenza di edemi, con gonfiore cospicuo delle gambe e delle cosce, in un caso anche dello scroto e in due con edema della faccia, specialmente in corrispondenza della regione sottorbitale. Tali edemi erano insorti molto rapidamente, quasi da un giorno all'altro. Erano individui che nulla di notevole avevano nell'anamnesi remota. Trovandomi allora, come medico di battaglione, in trincea, fui nell'impossibilità di praticare l'analisi dell'urina per vedere se trattavasi di nefrite. Casi di nefriti acute con edemi nelle truppe sono stati descritti da molti autori. In genere questi, e sopratutto gli inglesi, propendono ad ammettere una natura infettiva, ad agente ignoto. Non manca però chi incolpa la unilateralità dei cibi, sopratutto per la mancanza di erbaggi freschi e di carne fresca. Fu in realtà dimostrata ripetutamente l'insorgenza di edemi in conseguenza di una alimentazione uniforme ed inadatta ed essi rappresentano uno dei sintomi caratteristici di una malattia di pura origine alimentare, il beriberi. È noto d'altra parte che la nefrite è una complicanza non rara dei morbi scorbutici.

Un altro disturbo molto frequente a constatarsi nei soldati delle prime linee e consecutivo a un periodo più o meno lungo di disturbi quali furono da noi descritti, è il cosidetto *ittero castrense*. Questo, come ho potuto verificare più volte io stesso a reggimento, colpisce un gran numero di individui dopo che furono confinati per parecchio tempo in trincea e spossati da un'alimentazione imperfetta.

Anche per questa malattia molti vollero vedere un'origine infettiva: così giapponesi, tedeschi ed alcuni italiani (Moreschi e Carpi, Monti, Micheli e Satta, ecc.) (1) l'attribuiscono a uno spirochete, mentre altri (Cannata e Frugoni (2), Sarrailhé e Clunet (3), propendono verso una forma paratifoide. Altri al contrario, basandosi sul modo d'insorgenza e sull'andamento della malattia, per lo più afebbrile e senza reazione notevole del fegato e della milza, hanno emesso l'ipotesi ch'essa dipenda da una causa o tossica o d'alterato chimismo. Il capitano medico V. Rosei (4) riferisce recentemente di aver avuto la guarigione di casi di ittero con una alimentazione prevalentemente vegetale: egli ne ricerca appunto l'origine in una carenza alimentare della razione del soldato.

L'ultima parola sull'origine di tali morbi è pertanto lungi dall'esser detta; comunque noi crediamo che non si possa disconoscere l'importanza del fattore alimentare almeno come causa predisponente a un ipotetico fattore infettivo. Sotto questo punto di vista le stesse

(1) Policlinico, Sez. Prat., 25 febbraio 1917.
(2) Sperimentale, n. 1, 1916.
(3) Lancet, 25 marzo 1916.
(4) Policlinico, Sez. Prat., 12 nov. 1916.

considerazioni forse si possono estendere alla insorgenza di febbri sporadiche, a tipo tifoide, per le quali il Sanarelli (1) ammette uno sviluppo autogeno, in quanto per es. i germi paratifici, che si possono considerare ubiquitarî, determinano i noti processi morbosi non per il solo fatto della loro presenza, ma per l'azione predisponente creata da circostanze particolari, che deprimono la resistenza organica e sono capaci di rendere virulenti i microbi già preesistenti. Secondo lo stesso autore la minore frequenza di infezioni a tipo tifoide fra le truppe inglesi che tra le francesi deve attribuirsi alla migliore regolarità ed alla maggiore abbondanza dei rifornimenti inglesi.

Occorre pertanto rivolgere la massima attenzione sulla alimentazione del soldato, specialmente allorquando si trova in prima linea e quindi nelle peggiori condizioni di resistenza organica. I disturbi discrasici da noi descritti, ripetenti quasi una sindrome scorbutica, sono con tutta probabilità legati a una alimentazione inadatta. Da qui la necessità di prendere in esame il regime del soldato per vedere di quale deficienza possa essere incolpato.

Un appunto che si rivolge abitualmente alla dieta del soldato è l'uniformità di essa. Occorre notare però che una dieta uniforme non riesce nociva se non quando è imperfetta riguardo a qualcuno dei suoi componenti normali.

L'alimentazione del soldato in pace e in guerra è stata oggetto di studi sì lunghi e pazienti, ogni nazione traendo profitto dell'esperienza delle altre, che si dovrebbe pensare l'ultima parola esser detto a questo proposito. In verità gli igienisti militari si sono sempre grandemente preoccupati dei rapporti tra alimentazione e lavoro muscolare, e in seguito alle loro diligenti indagini si è potuto fissare il fabbisogno energetico del soldato in guerra. Su questo punto si può dire che l'accordo sia presso a poco raggiunto: divergenze esistono principalmente circa la specie di alimenti che debbono a preferenza entrare nell'alimentazione. Senza dilungarci troppo su questo punto, da altri autori già ampiamente studiato e discusso, noi ci limiteremo a dire che l'appunto più grave che a questo proposito si fa alla alimentazione del soldato è di contenere sostanze proteiche in eccesso. In realtà se pensiamo che i nostri soldati sono in massima parte contadini e quindi non abituati a un regime carneo, e d'altra parte che nell'alimentazione proteica si formano nell'organismo sostanze venefiche che devono essere eliminate e rese innocue, noi

(1) Annali d'Igiene, n. 7, 1916.

dobbiamo convenire che realmente di tale circostanza occorre tener conto nella genesi di certi disturbi, specialmente tossici, che possono riscontrarsi. La recente modificazione che diminuisce appunto la quantità di sostanze proteiche appare quindi lodevole, non solo dal punto di vista economico, ma altresì igienico.

Ma un altro fattore importantissimo noi dobbiamo aver presente allorquando imponiamo all'organismo per molto tempo un determinato regime. In realtà il problema dell'alimentazione non si esaurisce con la determinazione del suo valore energetico e del contenuto d'azoto, d'acqua e di sali minerali. Infatti in questi ultimi tempi è stato posto bene in luce che nel nutrimento è necessaria la compartecipazione di fattori finora sconosciuti, ma essenziali per la vita. Tali principî furono dal Funk, a cui maggiormente spetta il merito di averne propugnato e diffuso la conoscenza e l'importanza, chiamate *vitamine*, « per esprimere che si tratta di sostanze azotate ed indispensabili alla vita ». Diciamo subito però che esse non sono ancora dal lato chimico completamente definite. Si può affermare tuttavia, in base agli studî di numerosi autori e del Funk in prima linea, che esse appartengono alla categoria delle sostanze azotate, probabilmente contenenti dei nuclei pirimidinici, aventi una struttura cristallina ed una complessa costituzione, generalmente solubili in alcool, dializzabili e legate alle frazioni lipoidee e fosforate dei tessuti animali e vegetali. Tali sostanze sono contenute quasi universalmente nei nostri abituali alimenti; è quando, per la speciale preparazione e somministrazione di essi, vengono ad essere sottratte le sostanze suddette, che si ha l'insorgenza di determinate sindromi morbose o *avitaminosi*. A tale categoria di malattie appartengono il beriberi e lo scorbuto, e, secondo alcuni, anche la pellagra.

Non riporto ora tutta la dottrina delle avitaminosi, rimandando, anche per la copiosa bibliografia alla monografia del Funk (*Die Vitamine* (1), alla mia rivista sintetica (« Contributo allo studio delle alimentazioni incomplete », parte I (2), e a quella del Centanni (« Le alimentazioni unilaterali » (3), nonchè all'articolo critico di O. Rossi (« Avitaminosi e Pellagra » (4). La relazione della pellagra con la dottrina delle avitaminosi è ampiamente trattata nelle recenti monografie di Rondoni (5) e

(1) Wiesbaden, 1914.
(2) Pathologica, n. 144, 1914.
(3) Quaderni di Psichiatria, vol. I, n. 9, 1914.
(4) Hiden, vol. II, n. 4, 1915.
(5) Sperimentale, fasc. 4, 1915.

Baglioni (1). All'importanza della deficienza delle vitamine sulla genesi di speciali fenomenologie morbose F. Weill e G. Mouriquand (2) hanno di recente dedicato un lungo ed interessante studio (« Le malattie per carenza: carenza sperimentale e carenza clinica »).

La quantità di vitamine indispensabile nella dieta, affinchè possa in modo normale svolgersi il processo del metabolismo animale, è straordinariamente piccola; esse non sono quindi da considerarsi quali sostanze energetiche ma piuttosto come elementi eccitanti i processi del ricambio. Gli autori però si sono sempre mostrati molto incerti nell'interpretare il modo di agire di tali sostanze, e questo si comprende facilmente quando si pensi che finora non erano state fatte ricerche sull'influenza delle vitamine sul ricambio, per quanto appaia chiaro che questo debba essere grandemente alterato in seguito alla loro mancanza. Le prime ricerche in questo senso furono fatte da me (3), studiando il ricambio respiratorio nelle alimentazioni con riso integro e spoglio, cioè, rispettivamente, ricco e privo di vitamine. Risulta da tali ricerche che le vitamine agiscono come elementi eccitanti i processi ossidativi e che la loro presenza è necessaria perchè tali fenomeni avvengano in modo completo. Per effetto della alterazione dei processi di ossidazione dovuti alla loro assenza si accumulano nell'organismo prodotti di disintegrazione, non completamente ossidati, i quali riescono fortemente tossici, e spiegano il grave quadro morboso che si osserva e che ha indotto molti autori a pensare a una intossicazione da veleni contenuti nella dieta.

Da quanto siamo venuti esponendo risulta evidente l'importanza dell'azione esercitata dalle sostanze in questione sul fenomeno della nutrizione, sopratutto avuto riguardo ai disturbi derivati dalla loro mancanza o deficienza nella dieta abituale. Occorre pertanto prendere in esame l'alimentazione del soldato sotto tale punto di vista, tanto più che finora su di esso non si è sufficientemente fermata l'attenzione degli igienisti militari.

Attualmente sono state bene distinte due specie di vitamine: l'antiberiberica o antineuritica e l'antiscorbutica o antidiscrasica.

La prima, isolata allo stato cristallino dal Funk, si trova in special modo nella parte periferica dei semi dei cereali, nel latte, nella frutta, nella carne, nel lievito di birra: resiste bene al disseccamento e alla comune cottura, non inattivandosi che a 130° C. Tale sostanza è attiva anche per via sottocutanea e di effetto prontissimo: dal lato profilattico e terapeutico contro le epidemie del beriberi il frutto ne è stato portentoso. La dieta del soldato non ne è priva. Il pane da munizione, fatto di farina abburattata non meno del 90 %, contiene certamente delle vitamine antiberiberiche. La pasta invece, fatta in genere con farina più raffinata, ne avrebbe un contenuto minore. Privo affatto poi ne è il riso, giacchè esso viene usato dopo aver subìto il processo della *brillatura*, che lo spoglia completamente dello strato esterno contenente le vitamine.

Le sostanze antiscorbutiche, a differenza delle precedenti, sono molto labili: esse si distruggono col disseccamento e con la cottura. Esse si trovano sulle parti verdi e fresche e in genere nei vegetali ricchi di acqua. La storia clinica dello scorbuto, guarito dall'alimento fresco, conferma questi dati. Tutto il gruppo delle malattie scorbutiche (scorbuto, scorbuto sperimentale, beriberi dei naviganti e morbo di Barlow) sarebbe dovuto alla assenza di tali sostanze. Questi morbi si osservano infatti in seguito ad alimentazione protratta ed esclusiva di cibi disseccati o esposti ad alta temperatura (carne secca, in conserva, latte sterilizzato, ecc.).

Ora se noi esaminiamo la razione di guerra rispetto al contenuto in sostanze antiscorbutiche vediamo che essa ne è priva quasi completamente. Esse infatti non si rinvengono nei semi dei cereali, perchè disseccati, e quindi il pane, le gallette, il riso, la pasta ne sono privi. La carne bollita o ne è pressochè priva o contiene vitamine antidiscrasiche attenuate, in quantochè è dimostrato che la cottura, anche se breve, ne abbassa il potere: priva affatto ne è, come si capisce, la carne in scatole. Anche i piselli secchi, i fagiuoli e le lenticchie non impediscono lo sviluppo dello scombuto. Il formaggio ne è quasi privo, sembra invece che ne contenga il vino. Assai riche in vitamine sono le patate, ma purtroppo la loro somministrazione alla truppa combattente avviene in quantità eccessivamente scarsa. E dobbiamo ricordare che è proprio allorquando i soldati vengono a trovarsi nelle trincee di prima linea e quindi quando maggiore sarebbe il bisogno di una alimentazione sana, questa, per necessità di cose, si trova ad essere ridotta nelle condizioni peggiori, sopratutto per la mancanza o deficienza di vegetali freschi nella minestra, il più delle volte composta o di puro brodo o di pasta condita col Torrigiani, e aggravata ancora dalle

(1) Bollettino R. Accademia Med. di Roma, fasc. 5-6, 1915.
(2) Revue de Médecine, fasc. 1 e 2, 1916.
(3) Pathologica, n. 152, 1915.

frequenti distribuzioni di viveri di riserva (carne in scatole, gallette). Anche il latte condensato e sterilizzato che, in tali condizioni, viene talvolta distribuito alle truppe di prima linea, ha un contenuto vitaminico nullo.

Concludendo, il regime del soldato ha un contenuto insufficiente di vitamine, giacchè, pur non essendo privo di sostanze antineuritiche, la cui mancanza assoluta sarebbe molto grave data la grande percentuale in esso di idrati di carbonio, ha una forte deficienza in sostanze antidiscrasiche, e crediamo di non errare dicendo che in certe circostanze ne è privo affatto. È quindi da aspettarsi di riscontrare nei soldati gli effetti di una tale deficienza. E in realtà chi ha vissuto per molti mesi in mezzo alle truppe combattenti e avendo quindi perfetta nozione della loro vita quotidiana, si è potuto convincere della frequenza in esse e talvolta della gravità dei disturbi discrasici che noi abbiamo descritti, molti dei quali rientrano appunto nella sindrome scorbutica (lesioni al tubo digerente, comuni del resto a tutte le avitaminosi, lesioni gengivali, epistassi, deperimento...).

Occorre pertanto, allorquando rivolgiamo la nostra attenzione sulla alimentazione del soldato, non trascurare il fattore vitaminico come quello che esercita la massima influenza sul fenomeno della nutrizione e quindi sull'economia tutta dell'organismo e sulla resistenza di esso di fronte ad agenti morbigeni d'altra natura.

Sotto questo punto di vista la dieta del nostro soldato, come vedemmo, non è ancora perfetta e una modificazione s'impone. I giapponesi, che già sono riusciti a sradicare il triste flagello del beriberi, specialmente sulle navi, con la severa applicazione di misure profilattiche basate sui nuovi studî, hanno ripristinato, nel loro esercito, l'antica dieta composta in massima parte di riso, di ortaggi e di *soja* (una leguminosa molto nutritiva e ricca di vitamine).

Anche nel nostro esercito io credo si potrebbe abbastanza facilmente, usando qualche attenzione e dando la preferenza a qualche cibo, ovviare all'attuale deficienza.

Bisogna anzitutto evitare di far raggiungere ai cibi una temperatura troppo elevata, che è deleteria per le vitamine. Evitare quindi, per quanto è possibile, l'ebollizione prolungata e la permanenza a lungo nelle casse di cottura. Vanno poi aggiunti alla dieta alimenti freschi, evitando una nutrizione fatta esclusivamente con cibi conservati o seccati. Dobbiamo così fare entrare in essa le leguminose, le radici, i tuberi commestibili, gli erbaggi freschi, i quali, anche se hanno qualche volta un valore nutritivo minimo, hanno un'importanza considerevole per il contenuto in vitamine. Ottima sotto questo punto di vista la patata. Funk osserva che dall'introduzione della patata sono scomparse dall'Europa le terribili epidemie di scorbuto che infierivano nel medio evo nelle città. La patata, come è noto, domina in tutta l'alimentazione dei tedeschi, specialmente nella popolazione povera, e si comprende facilmente il disagio che attualmente è provocato dalla deficienza di questo cibo.

Utilissima sarebbe la somministrazione della frutta fresca e specialmente degli agrumi, che sono ricchissimi in sostanze antiscorbutiche e di cui fortunatamente l'Italia non ha penuria. Ricordiamo a questo proposito che la reazione acida è favorevole alla conservazione del potere antiscorbutico tanto negli alimenti crudi come nei cotti. A tale proprietà deve il *succo di limone* l'antica fama di antiscorbutico. Essendone stata fatta qualche volta distribuzione alla truppa, io ho visto che tale frutto, oltre riuscire molto gradito ai soldati, reca realmente un vantaggio sulle condizioni di salute e in special modo sui disturbi intestinali. La sua distribuzione dovrebbe essere generalizzata e non mancare mai quando la necessità impone l'uso di viveri di riserva (carne in conserva, gallette).

Solo in questo modo si potrà evitare l'azione sulla nutrizione del fattore avitaminico, il quale, stabilendo sul generale dell'organismo un fondo discrasico grave, lo debilita togliendogli le energie fisiche e morali, proprio nel momento in cui maggiormente a queste occorre fare appello.

Zona di guerra, febbraio 1917.

SUNTI E RASSEGNE.

FARMACOLOGIA E TERAPIA.

Le associazioni medicamentose.

(M. ROCH. *Comunicazione alla Società Medica di Ginevra*, 7 giugno 1916).

Non è necessario rimontare ad un passato molto lontano per trovare esempi di una terapia polifarmaca, che sembra oggi disusata e ridicola.

In ogni tempo fu però combattuta la polifarmacia come una delle più dolorose manifestazioni della nostra ignoranza in patologia ed in terapia.

Dare in una volta molti rimedi affinchè nella massa si trovi quello che possa fare del bene, abbassa il medico a livello dell'empirico. Tuttavia ciò non è una sufficiente ragione per far perdere ai malati i benefici importanti di associazioni medicamentose, scientificamente comprese. Tali associazioni rendono l'arte di formulare un poco lunga ad apprendersi, aumentano il lavoro farmaceutico e rendono più difficile il giusto apprezzamento della efficacia dei farmaci. Se difatti è difficile giudicare della efficacia di un medicamento quando le condizioni di vita sono modificate, più difficile ancora è apprezzare l'azione rispettiva di ciascuno di due, tre medicamenti somministrati nel tempo stesso.

Al contrario l'impiego dei medicamenti sinergici, giudiziosamente associati, offre due vantaggi: sotto certe condizioni, l'associazione permette di diminuire le dosi di ciascun medicamento associato e permette del pari, sempre sotto certe condizioni, di ottenere l'effetto voluto con una minore dose totale di sostanze attive.

Inoltre esistono sostanze antagoniste sotto certi rispetti, le quali sotto altri sono indifferenti, o sinergiche. Alcuni loro effetti terapeutici o tossici si sommano, altri al contrario tendono ad annullarsi. È in tal modo facile concepire quali possano essere i vantaggi di somministrare in una volta due o tre sostanze differenti: occorre però sceglierle in modo che esse agiscano sinergicamente nella direzione voluta e finchè è possibile antagonisticamente per il resto. Perciò non si potrà contare sulle associazioni di medicamenti assai vicini, agenti secondo un meccanismo troppo somigliante: digitale e strofanto, ecc.

I medicamenti che agiscono nella stessa maniera, sullo stesso tessuto, meritano il nome di sinergici *omoistici* (Maurel), e per opposizione furono designati col nome di *eteroistici*, o meglio di *alloistici* i sinergici, che agiscono su due tessuti differenti: esempio dei primi la stricnina e la tebaina, dei secondi la stricnina e la caffeina.

Fortunatamente non mancano medicamenti sinergici alloistici, che si possano impiegare simultaneamente con vantaggio: si può così realizzare una terapia più intensa con molti minori inconvenienti, che utilizzando una sola sostanza. L'arte della associazione consisterà nel trovare il correttivo, che sarà nel tempo stesso sinergico, o, se si preferisce, il sinergico, che sarà capace di agire come correttivo. Tuttavia non si deve credere che l'azione correttiva sia necessaria perchè sia giustificata l'associazione.

La seconda ragione d'impiegare le associazioni di medicamenti sinergici fu così esposta da Bürgi: Somministrati insieme dei medicamenti dello stesso gruppo e che hanno lo stesso punto di azione, addizionano i loro effetti: medicamenti dello stesso gruppo, ma che hanno punti di azione differenti, sviluppano al contrario un effetto totale elevato ad una potenza superiore. Sarebbe forse anche meglio dire che gli effetti totali di medicamenti sinergici omoistici, somministrati insieme, non sono che la somma degli effetti che avrebbe prodotto ciascuno dei medicamenti dati separatamente; se si tratta di sinergici alloistici gli effetti totali oltrepassano questa somma. Claudio Bernard fu uno dei primi ad intravedere la possibilità della esaltazione di un medicamento a mezzo di un altro (morfina-cloroformio).

Le sostanze molto vicine, che hanno lo stesso punto d'azione, non fanno che addizionare i loro effetti senza esaltarsi a vicenda. Sono questi i diversi alcaloidi dell'oppio, i narcotici della serie grassa, gli uretani e gli alcool, alcuni anestetici locali: cocaine, stovaina, novocaina, tropacocaina. D'altra parte certi medicamenti dello stesso gruppo, agenti cioè nello stesso senso, ma di sotto-gruppi differenti, agenti cioè per vie differenti, esaltano a vicenda la loro azione: morfina-uretano, oppio-uretano, scopolamina — diversi altri narcotici, cloralio, morfina-uretano. Furono poste anche in luce dalla scuola di Bürgi le proprietà narcotiche che possiedono certe sostanze, senza tuttavia manifestarle in modo evidente nella pratica usuale: l'antipirina, la lattofenina, il piramidone aumentano nel coniglio gli effetti narcotici della morfina, o dell'uretano. La cocaina mostra del pari, associata, proprietà narcotiche ben celate, poichè, quando si som-

ministra da sola, essa è sopratutto eccitante. Tuttavia essa aumenta la potenza narcotica dell'uretano e dell'oppio. Lo stesso fenomeno si osserva per la belladonna.

Occorre qui citare i lavori di Schlosser sui diuretici. I diuretici salini addizionano semplicemente i loro effetti: i diuretici xantici (caffeina e teocina), si comportano ugualmente; conformemente però alla legge, uno xantico ed un salino, somministrati nello stesso tempo, si esaltano a vicenda.

Esistono però delle esperienze, i cui risultati non possono inquadrarsi nella famosa legge. Alcuni difatti osservano che dei sinergici molto vicini, l'etere ed il cloroformio, si esaltano a vicenda, altri che diversi uretani, sostanze molto vicine chimicamente e fisiologicamente, hanno una azione simultanea, la quale denota più che una addizione una moltiplicazione di effetti. Lo stesso fatto fu dimostrato per diversi alcaloidi dell'oppio, e per diversi anestetici locali del gruppo della cocaina. Inversamente si può a volte constatare che medicamenti poco vicini si limitano ad addizionare i loro effetti senza manifestare un potere esaltante reciproco. La parte teorica tuttavia delle pubblicazioni di Bürgi, quantunque abbia suscitato parecchie controversie, merita ancora di essere mantenuta. Come spiegare l'esaltazione? Si può parlare di una attivazione di un medicamento a mezzo di un altro e si può parlare del pari di una sensibilizzazione dell'organismo. Bisogna considerare in primo luogo che l'assorbimento di due medicamenti diversi deve essere verosimilmente più rapido di quello di un solo; inoltre è probabile che gli organi escretori debbano essere meno eccitati al lavoro da due sostanze in dosi minime, che da una sola in dose più forte. Bürgi si arresta ad una teoria direttamente suggerita da quella di Ehrlich sui ricettori cellulari. Due medicamenti, che attaccano la cellula nello stesso punto, non possono che addizionare i loro effetti: se essi penetrano in due punti differenti l'azione sarà più rapida e più intensa, vi sarà moltiplicazione di effetti.

La teoria, l'esperimento e la pratica mostrano adunque che è vantaggioso impiegare nei malati le associazioni medicamentose: trattare la sifilide con joduro e mercurio, l'anemia col ferro e l'arsenico, la diarrea col bismuto, il laudano e la ratania, l'anasarca coi diuretici e la digitale, ecc.

Fra i sonniferi i migliori effetti sono prodotti dalla associazione di un medicamento del gruppo del cloralio con un rappresentante del gruppo della morfina: veronale e codeina ad esempio. L'aggiunta di un terzo medicamento, scelto nel gruppo degli antitermici analgesici, dà nei febbricitanti e nei dolori effetti assai notevoli: fenacetina, veronale e codeina.

Bisogna, d'altra parte, guardarsi di non cadere nell'estremo opposto e di non prescrivere associazioni troppo complesse.

Si possono del pari fare associazioni consecutive: nei sifilitici si potrà cominciare la cura col salvarsan e continuare col mercurio; ad un tubercoloso si può dare prima creosoto, poi fosfati, in inverno l'olio di fegato di merluzzo, seguìto da cacodilato. Infine non dobbiamo considerare solo i medicamenti propriamente detti, ma occorre associare tutti i procedimenti, che possono concorrere a migliorare lo stato del malato: il calore come aiutante dell'azione antisettica, la puntura, le scarificazioni come aiutanti i diuretici, il riposo negli asistolici, l'aria nei tubercolosi, la psicoterapia nei nevropatici ed in tutti i malati, ecc.

P. C.

Strofanto e strofantina.

(MALLIÉ. *Journal de Méd. de Bordeaux*, n. 10, 1916).

L'A. studia l'azione dello strofanto su ciascuna delle principali proprietà del miocardio: tonicità, contrattilità, eccitabilità, conducibilità.

Lo strofanto esalta la tonicità con una potenza che fa della strofantina per via ipodermica «la suprema medicazione d'urgenza». Eccita la contrattilità in modo considerevole, ciò che spiega i suoi successi nel polso alternante: rallenta la conducibilità, donde la sua controindicazione nelle bradicardie.

Le proprietà del miocardio non sono ugualmente distribuite nelle sue fibre: esso è distinto in una parte conduttrice, più specialmente dotata di eccitabilità e di conducibilità ed in una porzione veramente muscolare, destinata alla contrattilità ed alla tonicità. Lo strofanto agisce specialmente sulla porzione veramente muscolare; questa azione cardiotonica è la sola incontestata allo strofanto.

Discussa è l'azione sulla diuresi; alcuni assegnano allo strofanto un'azione diuretica, che mancherebbe alla strofantina.

È evidente quest'azione diuretica ed il suo meccanismo è per alcuni cardiovascolare, per altri renale. Per queste proprietà, allorchè si somministra lo strofanto, diminuisce la dilatazione del miocardio e scompaiono i soffi di insufficienza funzionale; si regolarizza il ritmo, il polso si rallenta e diviene ampio, pieno, regolare. Il rallentamento fu attribuito ai gan-

gli intracardiaci. Scompaiono rapidamente i fenomeni di stasi viscerale, o periferica, la cianosi, la dispnea, la congestione passiva del polmone, del fegato, del rene, gli edemi. Migliorano anche assai presto le palpitazioni, l'insonnia.

È da tutti segnalata, ricordata e temuta la tossicità dello strofanto, e sono stati riferiti casi di morte subitanea, preceduta da senso di angoscia e convulsioni. Si è anche accusato lo strofanto di provocare la sincope più facilmente della digitale. È però probabile che si attribuisca allo strofanto quanto deve invece essere riferito alla stessa malattia.

Nei casi meno gravi si ha cefalea, nausee, vomiti, vertigini, sensazioni di peso all'epigastrio, costrizione toracica, angoscia precordiale, agitazione. Sintomi questi, che durano qualche ora dopo l'iniezione e non lasciano di loro alcuna traccia. Si ritiene che lo strofanto si accumuli meno della digitale.

Nell'insufficienza cardiaca acuta, o fatalmente progressiva, molto indicata è la cura con lo strofanto. In alcuni casi, in cui si richiedeva un'azione rapida ed energica e la digitale non corrispose, la strofantina, somministrata in special modo per la via delle vene, agì mirabilmente. Anche nel polso alternante si possono ottenere risultati insperati. Nell'asistolia polmonare lo strofanto agisce meglio della digitale: le iniezioni sono in ispecie attive nella stasi polmonare dell'enfisema. Nell'asistolia d'origine valvolare i risultati sono ineguali e meno efficaci negli aortici che nei mitralici.

Lo strofanto è anche assai utile nelle miocarditi, allorchè non si tratta quindi di stimolare una deficienza funzionale, ma di supplire una fibra alterata e deficiente: alcuni lo ritengono prezioso nelle miocarditi acute delle malattie infettive. Fiessinger riserva l'uso dello strofanto alle miocarditi senili, alternandolo colla digitale ed il Baccelli utilizzò le iniezioni endovenose di strofantina contro la tachicardia essenziale parossistica con successo.

Le controindicazioni sono le stesse della digitale: negli ipertesi, negli ectasici, nei bradicardici permanenti, nelle degenerazioni del miocardio, nella angoscia di petto. È bene astenersi dal rimedio anche nelle lesioni generalizzate: nefrite cronica, arteriosclerosi, cardiorenali. Secondo Vaquez lo strofanto è anche controindicato nelle extrasistoli da lesioni del cuore. Lo strofanto è notevolmente amaro e di sapore sgradevole; possiede inoltre un'azione irritante pel tubo gastro-intestinale. A questo farmaco si rimprovera anche il suo contenuto variabile in glucoside (dal 6.60 al 20 ‰).

L'azione dello strofanto è inoltre più complessa di quella della strofantina: esso ha anche un'azione sedativa sul sistema nervoso.

Non bisogna oltrepassare tre milligrammi di strofanto al giorno. La tintura di strofanto all'1 per 10 è la più comune e se ne dànno 10-20 goccie nelle 24 ore.

Per ingestione è la via meno tossica per somministrare la strofantina, ma il metodo più in uso è quello delle iniezioni. Si è ricorso alla via endovenosa perchè troppo dolorosa la sottocutanea, ed alla intramuscolare meno tossica della endovenosa. Questa ha però posto meglio in rilievo le qualità benefiche e nocive dello strofanto.

In commercio si trova la strofantina amorfa e la cristallizzata; alcuni preferiscono la prima, perchè meno tossica.

Usando la strofantina cristallizzata, si può procedere così: Nel primo giorno iniezione endovenosa di $^1/_{10}$ di mmgr. sciolta in 10 cmc. di acqua distillata, e per via gastrica 1-2 granuli di $^1/_4$ o di $^1/_2$ mmgr. di estratto secco: continuare colle stesse dosi il 2°, 3° e 4° giorno. Sospendere del tutto la terapia se l'effetto non è ben manifesto. P. C.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(3-4-5 marzo 1917).

Quarta seduta: 4 *marzo*, ore 9.

Discussione sulle ferite con lesioni delle ossa e delle articolazioni.

Fasano. — Al prof. Fantino, il quale pratica trazioni alla Tillaux di 20-25 kgr. e consente che tali trazioni possano provocare forti dolori, ricorda il metodo di trazione alla Codivilla con il chiodo infisso direttamente allo scheletro.

A proposito poi del trattamento delle piartrosi del gomito, crede più utili le resezioni in primo tempo, con le quali si può ottenere una mobilità, anzichè un trattamento conservativo, che in genere porta ad una anchilosi in posizione più o meno buona. Chè se anche una resezione portasse ad una mobilità esagerata (talora infatti si possono avere movimenti abnormi di lateralità), facile ne potrebbe essere la correzione mediante l'applicazione di stecche a cerniera in corrispondenza della neoartrosi.

Fossataro. — In risposta alle comunicazioni Fantino e Chiarolanza, fa notare che nelle fratture complicate delle ossa lunghe, con il solo forame di entrata, si deve, in generale, mettere allo scoperto il focolaio di frattura, per disinfettare e per togliere i corpi estranei; poi si deve applicare un apparec-

chio gessato è fenestrato per i feriti che debbono essere trasportati.

Per quanto riguarda poi le perforazioni a stampo delle ossa lunghe, cui seguono in genere seni fistolosi che ben difficilmente guariscono, l'O. crede che si debba, appena è possibile, trasformare il canale osseo in una gronda, asportando una parte della parete del canale scavato dal proiettile nell'osso, e precisamente là dove l'osso è ricoperto di parti molli, quelle da cui partiranno le granulazioni che riempiranno la gronda.

SCHIASSI. — A proposito delle comunicazioni dei proff. Durante e Tansini desidera mettere in rilievo un particolare di tecnica della artrotomia del ginocchio di una importanza cospicua. Si è parlato dagli oratori delle incisioni laterali unite o no colla incisione trasversale, alla incisione del sacco soprarotuleo alla Jaboulay, ecc., ecc.; all'O. sembra che in casi simili, se si vogliono avere risultati confortanti, si debba sempre aggiungere una incisione posteriore, poplitea: anzi si deve sempre cominciare l'operazione con l'incisione posteriore, lasciando all'esterno lo sciatico popliteo esterno ed all'interno il fascio vascolo-nervoso: scoperta la capsula articolare non bisogna contentarsi di inciderla, bisogna resecarne un tratto insieme al tendine ricorrente del semimembranoso ed al muscolo popliteo con la sua borsa sierosa: la resezione comprenderà della capsula un tratto losangico. Entro la losanga verrà poi insinuata una striscia di garza sin tra i condili dell'articolazione, da lasciare in posto due o tre giorni: essa assicurerà per il momento il drenaggio della metà posteriore dell'articolazione e dopo, quando sarà rimossa, lascierà una soluzione di continuo in corrispondenza del tratto di capsula resecata, che costituirà una buona via per il deflusso ulteriore degli essudati.

A proposito della comunicazione del Chiarolanza l'O. ha da raccomandare che, prima di intervenire chirurgicamente per affrettare la chiusura di tragitti fistolosi in sede di fratture già infette ed in via di bene avviata consolidazione, sia sperimentata la iniezione a piccola pressione di dosi adatte a ciascun caso della pasta di Beck.

L'O. ha infine da osservare al Maragliano che non ritiene buona la pratica enunciata secondo la quale si asportano da un focolaio di frattura recente i frammenti aderenti al periostio: ha dovuto lamentare presso infermi operati da altri parecchi casi di pseudo-artrosi deplorevoli, specialmente quando si trattò di fratture del femore: è buona norma invece, secondo l'O., lasciare in posto tutti i frammenti che aderiscono al periostio e togliere solo quelli assolutamente mobili ed evidentemente infetti.

BATTAGLIA. — A proposito delle comunicazioni Durante e Tansini afferma utilissima nelle lesioni articolari la radioscopia, necessaria nelle pioartrosi la vera immobilizzazione e dannoso invece il drenaggio transarticolare: nei piartri il drenaggio deve semplicemente affiorare il cavo articolare. Al prof. Perez dice che si deve lasciare al chirurgo il criterio se amputare ó no.

PUTTI. — Al prof. Maragliano fa notare di avere avuto in genere risultati cattivi nelle pseudoartrosi da ferite di guerra curate chirurgicamente con l'innesto osseo: mentre nelle pseudoartrosi consecutive a fratture avvenute in tempo di pace con tal metodo aveva ottenuto buoni risultati, nelle pseudoartrosi di guerra ebbe spesso suppurazioni, che ha motivo di ritenere non da germi importati con l'atto operativo, ma da germi latenti. Infatti guariva di prima intenzione il focolaio da cui l'innesto era stato prelevato. E ciò malgrado in genere avesse atteso più mesi dalla completa guarigione della frattura. Crede quindi, sulla base della propria esperienza, di dover opporsi a che si generalizzi il concetto che le pseudoartrosi da fratture di guerra possano facilmente e bene guarire con gli innesti ossei.

Al prof. Anzillotti fa notare come tutti gli ortopedici ritengano cattivi i monconi alla Chopart, in quanto in genere sono equini e vari. Quanto alla possibilità di fare delle Gritti e delle Pirogoff più alte, il concetto non è nuovo perchè già espresso dall'Olecker nell'ultimo Congresso tedesco di chirurgia. Però è da tener presente che, specialmente nei monconi di coscia, quel che preme ottenere non è tanto una buona superficie di appoggio osseo, quanto un buon lembo di parti molli che ricoprano il moncone osseo e siano completamente gravabili. D'altra parte non è da dimenticare che il chiudere completamente la superficie di sezione ossea può non essere senza danno nei feriti di guerra, nei quali è sempre da temere la presenza di germi allo stato latente. Ritiene invece molto più utile seguire quel principio di tecnica, già suggerito dal professor Ceci e per il quale nei monconi di amputazione si cerca di suturare muscoli agonisti a muscoli antagonisti, per avere un cappuccio mobile sulla superficie di appoggio.

SAVIOZZI. — Si compiace degli ottimi risultati ottenuti dal collega De Marsi colle osteosintesi metalliche, essendo essi in perfetta armonia con quelli delle sue osservazioni personali, nelle quali ha adottato una tecnica molto simile e cioè: perforazione dei frammenti a due cm. dalla superficie di frattura per mezzo di una trefina a spirale, adattata ad un comune trapano da falegname e contenzione per mezzo di un tortiglione di filo di rame o di bronzo alluminato. Immobilizzazione successiva con apparecchio gessato fenestrato, quando si trattava della diafisi femorale.

La sutura in alcuni casi fu provvisoria; in altri definitiva.

FRANCINI. — Esprime opinione molto favorevole alla specializzazione degli ospedaletti, di cui ha parlato il generale Bonomo.

CHIASSERINI. — Al prof. Perez, che ha parlato soltanto dei mutilati per traumatismi e per processi settici e al prof. Anzillotti, che ha parlato delle operazioni che si possono fare secondariamente nei congelati, fa presente che nei mesi di dicembre 1916 e gennaio 1917 sono stati accolti nell'Ambulanza chirurgica d'Armata num. 2 circa 140 congelati gravi, la maggior parte congelati ai piedi. Si trattava

di solito di congelazioni di 3° di tutte le dita di uno o di ambedue i piedi, estendentisi talora a mezzo o a tutto il piede. In primo tempo, e anche per qualche giorno dopo, non è possibile dire fin dove si estenderà la necrosi e fin dove si approfonderà. Poichè di solito alle chiazze violacee e nerastre, fredde, insensibili, talora con grosse vescicole a contenuto siero-ematico, seguono senza limiti ben definiti tratti di congelazione di 2° e di 1°. Dopo qualche tempo la distinzione diviene possibile, poichè, mentre l'arrossamento si attenua, e l'edema diminuisce e scompare, i tratti colpiti da congelazione di 3° divengono neri e sotto la cura da noi fatta (impacchi di alcool e di iodo-alcool) di consistenza duro-cornea. Si ha così una cancrena secca, che a mano a mano si delimita dalle parti sane.

Una questione della massima importanza è quella dell'epoca nella quale si deve intervenire. L'intervento può essere imposto dall'urgenza di gravi fenomeni generali, al momento in cui l'escara si va distaccando. Ciò è occorso però solo raramente. Di solito con le medicature accennate si riesce a far cadere la febbre, se esisteva; lo stato generale si mantiene buono. Conviene asportare il tratto cancrenato non appena esso accenna a delimitarsi o si deve aspettare che la delimitazione si annunzii non solo per la cute, ma anche per i tessuti profondi? L'O. crede che convenga attendere e ciò per ridurre l'asportazione sia della cute che dello scheletro al minimo. In pochi casi sono state fatte nella 2ª Ambulanza amputazioni sopramalleolari; di solito delle amputazioni metatarsiche (circa 60 casi), riunendo o meno le parti molli a seconda della disponibilità loro. In qualche caso con incisioni della cute sul dorso e sulla pianta si sono potuti ottenere lembi sufficienti a ricoprire i monconi ossei.

Negli ultimi tempi è stata usata nell'Ambulanza anche l'ambrina nelle congelazioni di 3°, ma con esito sconfortante.

PEREZ. — Osserva che, non essendo stato il generale Bonono presente alla comunicazione da lui svolta, non ha potuto esattamente vagliare quanto in detta comunicazione è stato dettagliatamente riferito.

Nella propria comunicazione l'O. ha rilevato che si sono sacrificati arti che avrebbero potuto essere perfettamente conservati ed ha perciò richiamata l'attenzione sulla opportunità di utilizzare al massimo l'opera dei chirurgi competenti. E siccome, data la disseminazione e il frazionamento dei feriti in un gran numero di ospedaletti, è impossibile che in ognuno di questi vi sia un chirurgo competente, così gli sembrerebbe opportuno e razionale affidare a chirurgi competenti la diretta sorveglianza tecnica e responsabilità di cura di estese unità e centri chirurgici, anche risultanti da gruppi di ospedaletti.

Non si è potuto occupare dei congelati per la brevità del tempo imposta alle comunicazioni.

CECI. — Crede opportuno chiudere questa discussione sulle mutilazioni, che, senza colpa di alcuno, ha dato luogo a incidenti.

Comunicazioni sulle ferite con lesione dei nervi.

Sulle ferite dei nervi periferici con riguardo al trattamento chirurgico.

LUSENA GUSTAVO (Genova). — L'O. ha avuto occasione di intervenire dall'agosto 1915 a tutt'oggi per 55 casi di lesione dei nervi periferici su 50 militari feriti, in 5 dei quali erano lesi due tronchi nervosi principali.

Gli interventi furono:

5 sulle radici cervicali e sul plesso brachiale, e cioè:

1 per lesione del tronco secondario superiore e del tronco secondario posteriore;

1 per lesione del tronco secondario posteriore e del nervo muscolo-cutaneo;

1 per lesione del tronco superiore;

1 per lesione della 5ª e 6ª radice cervicale e del tronco primario superiore (sindrome di Duchenne-Erb);

1 per lesione del tronco secondario superiore.

5 sul nervo mediano;
18 sul nervo radiale;
9 sul nervo cubitale;
3 sul nervo muscolo-cutaneo;
9 sul tronco del nervo grande ischiatico;
1 sul tronco del nervo ischiatico popliteo interno;
2 sul tronco del nervo ischiatico popliteo esterno;
1 sul nervo crurale;
1 sul nervo femoro-cutaneo;
1 sul nervo grande safeno.

Espone poi la qualità degli interventi:

nei 5 del plesso brachiale: 3 neurolisi e 2 neurolisi con resezione e sutura diretta;

nei 5 del mediano: 1 neurolisi e 4 neurolisi con resezione e sutura diretta;

nei 18 del radiale: 4 neurolisi e 14 neurolisi con resezione e sutura diretta;

nei 9 del cubitale: 1 neurolisi, 3 neurolisi con resezione e sutura diretta e 1 neurolisi con resezione e sutura a distanza (met. Assaky);

nel 3 del muscolo cutaneo: 1 neurolisi e 2 neurolisi con resezione e sutura diretta;

nei 9 del grande ischiatico: 1 neurolisi, 7 neurolisi con resezione e sutura diretta e 1 neurolisi con resezione e sutura a distanza;

nel caso dell'ischiatico popl. int.: 1 neurolisi;

nei 2 casi dell'ischiat. poplit. est.: 1 neurolisi e 1 neurolisi con resezione e sutura diretta;

nel caso del nervo crurale: 1 neurolisi con resezione e sutura diretta;

nel caso del nervo femoro-cutaneo: 1 resezione nervosa (nevrectomia);

nel caso del nervo grande safeno: 1 resezione nervosa (nevrectomia);

Riassumendo:

13 neurolisi semplici;
38 neurolisi con resezione e sutura diretta;
2 neurolisi con resezione e sutura a distanza;
2 resezioni nervose.

Gli interventi furono praticati da un minimo di 29 giorni ad un massimo di 508 giorni dell'avvenuto ferimento.

Colla semplice neurolisi ha avuto 2 guarigioni complete e 2 guarigioni quasi complete.

Colla neurolisi, resezione e sutura diretta ha avuto 3 guarigioni complete, 7 guarigioni quasi complete e 7 notevoli e progredienti miglioramenti.

Colla resezione e sutura a distanza ha avuto un caso di guarigione completa.

Colla resezione semplice nei due casi di sindrome pura di irritazione sensitiva ha avuto la immediata cessazione dei fatti morbosi subiettivi, con necessaria successione di anestesia sensoriale.

In molti altri casi si sono osservati accenni di miglioramento e non sono tutti casi di recente operati: fra questi ve ne sono anche di operati da mesi e si riferiscono tutti a lesioni del nervo cubitale.

Circa la qualità dell'intervento l'O. segue questo metodo: se riconosce una massa di connettivo denso, che circonda e stira il tronco nervoso, pratica la neurolisi; se riconosce una o due masse di connettivo fibroso denso pratica la resezione. A questa tenta di far seguire la sutura diretta, sia valendosi della possibilità assai notevole di poter stirare i monconi nervosi (dimostrata innocua da Schüller), sia ricorrendo anche a dare atteggiamenti favorevoli per un ravvicinamento dei monconi stessi. Per la sutura diretta si vale di catgut sottile e dà un punto di affrontamento alla Nélaton con tre o quattro punti perinervosi. Se l'avvicinamento dei monconi per una sutura diretta non è possibile, pratica la sutura alla minor distanza possibile con anse di catgut secondo il metodo di Assaky.

Circonda poi sempre il tratto operato con fasci muscolari paralleli al tronco nervoso.

Non ha mai voluto praticare i metodi plastici, specialmente gli autoplastici alla Letiévant, perchè non razionali. I metodi che consistono nella interposizione di pezzi di nervi (trapianti liberi autoplastici, omoplastici ed eteroplastici) potrebbero sostituire la sutura a distanza col metolo di Assaky, se questo si fosse dimostrato inefficace.

L'O. non ha esperienza del metodo di Delagenière (hersage), nè sulla imbibizione delle masse connettivali, così da rendere queste meno stipate.

L'O. ha sempre evitato il laccio emostatico, per l'emorragia successiva e per possibili altre lesioni nervose (specialmente al braccio).

Le resezioni nervose vanno limitate ad alcuni fasci di un nervo, se solo questi presentano masse cicatriziali, che ne interrompano la conduzione nervosa.

L'O. si serve, per constatare l'avvenuta guarigione, della prova di Pitres e cioè la posizione delle mani come per il giuramento (nelle paralisi del nervo radiale), il grattamento coll'unghia dell'indice a mani con la palma poggiata (nella paralisi del mediano), i movimenti attivi di lateralità del dito medio a mano con la palma poggiata e a dita divaricate (nella paralisi del cubitale) e l'appoggio alternato sul calcagno e sulla punta del piede (nelle paralisi del nervo ischiatico e rispettivamente dei suoi rami popliteo esterno ed interno).

Sulla chirurgia dei nervi periferici.

CAPPELLI LORENZO (Fano). — Nei 10 mesi circa dacchè è stata istituita la sezione « Storpi e Mutilati » nell'ospedale militare di Fano, l'O. ha avuto a propria disposizione un ricco materiale di studio e di osservazione sulle lesioni nervose periferiche.

Ha praticato 51 interventi per indicazioni svariatissime: interruzioni parziali, compressioni di grado e di natura diversa per tessuti cicatriziali e briglie, strozzamenti da calli di frattura ossea, irritazioni nevritiche, fenomeni di dissociazione, ecc.

Gli interventi sono così ripartiti:

radiale: suture dirette 8; neurolisi 7;
mediano: suture dirette 4; neurolisi 9;
cubitale: suture dirette 4 (una per nevrite grave); trapianti 1; neurolisi 8;
sciatico: suture dirette 6; neurolisi 4.

I casi riguardano tutti lesioni di vecchia data, la maggior parte riportate nel 1915; il più recente con lesione riportata sei mesi prima dell'intervento. Per il lungo tempo trascorso dalla lesione, i detti casi presentano interesse sopratutto riguardo alla prognosi, in quanto, come è noto, i risultati operatorii funzionali sembrerebbero diminuire in ragione della data antica della lesione.

Non è possibile all'O. esporre gli esiti definitivi in massa, perchè la detta sezione è stata istituita da circa 10 mesi e quindi molti casi riguardano operazioni recenti. In ogni modo ha potuto esattamente constatare che la rigenerazione nervosa si è bene iniziata in molti casi, specialmente del cubitale e del radiale. Ha notato che la rigenerazione del mediano e dello sciatico procede con molta lentezza. Negativa sino ad ora (sei mesi dall'intervento) la manifestazione di qualsiasi segno di rigenerazione nel caso di plastica del cubitale. Viceversa nel caso di resezione e sutura diretta del cubitale, affetto da grave nevrite, il risultato funzionale si inizia nel modo migliore, per quanto il compito curativo sia ancora grande per vincere tutte le notevoli alterazioni anatomiche residuate alla nevrite stessa (aderenze dei tendini con le loro guaine; rigidità articolari delle dita della mano; retrazione della aponeurosi palmare, ecc.); mentre i disturbi del trofismo vanno scomparendo, come è totalmente scomparso il fenomeno della alterata secrezione sudorale, che era caratterizzata dall'odore fetido speciale.

Quand'è l'epoca più opportuna per l'intervento chirurgico?

Sembra stabilito che non si debba accettare il principio dell'intervento sistematico e precoce, prima che sia almeno trascorsi tre o quattro mesi dalla lesione. Sembrano fare eccezione a questa regola i casi di pura compressione e di nevriti gravi.

Deciso l'intervento quale atto operativo si deve praticare? Deve essere il nervo solamente liberato, oppure resecato con successiva sutura? Per la pro-

pria esperienza sembra all'O. di poter asserire che la condotta del chirurgo sarebbe troppo malsicura e spesso dannosa se egli non si facesse prima dell'intervento un concetto esatto sulla scelta della operazione, basandosi su tutti i fatti clinici dell'esame obiettivo.

Formulata con precisione la diagnosi della lesione, il piano operativo è quasi sempre stabilito prima di accingersi all'intervento. Circa la tecnica, le neurolisi rappresenta un atto operativo delicato, minuzioso o anche più indaginoso di una sutura. La neurolisi ha la sua indicazione in tutti i casi in cui la rigenerazione nervosa si compie lenta e stentata per varie cause che comprimono il tronco nervoso: tessuto cicatriziale, briglie, strozzamenti da calli di frattura ossea, ecc.; in tutti i casi insomma in cui esiste ostacolo al libero scorrere della conduzione entro il tronco nervoso. Altra indicazione netta della neurolisi si avrebbe nei casi di nevrite non grave, nei quali, come l'O. ha avuto modo di constatare, gli esiti sono buonissimi, specialmente se l'intervento è precoce. Come più sopra ha detto, in un caso di nevrite grave ha ottenuto buon risultato con la resezione e sutura nervosa.

Riguardo alla sutura diretta dei nervi, è noto che l'intento principale è quello di procurare un affrontamento esatto dei monconi nervosi, evitando di interporre tessuti fibrosi fra le due cicatrici e di affrontare una estremità fibroide ad una estremità fascicolare nervosa.

Un altro punto importante della tecnica della sutura è quello di impedire la torsione sull'asse del nervo; la qual condizione, data la topografia fascicolare del nervo (topografia anatomica e funzionale ormai indubbiamente ammessa per ricerche anatomiche od esperienza clinica) indurrebbe un difetto di conduzione nervosa più o meno considerevole.

Data la conoscenza che si è acquistata della topografia fascicolare e della rigenerazione nervosa, risulterebbe irrazionale e antifisiologico il metodo del trapianto per sdoppiamento del moncone centrale, perchè, nel punto in cui si è effettuata l'incisione e il distacco del fascio di fibre da impiantarsi, si formerà fatalmente un neuroma laterale, che sta a rappresentare la soppressa via di conduzione verso la periferia. La stessa osservazione ha pure valore se anche il lembo da trapiantarsi è sottile e costituito da poche fibre. In ogni modo il metodo sembrerebbe sempre imperfetto, perchè non risponderebbe alle condizioni proprie della rigenerazione dei cilindrassi e del loro cammino verso il moncone periferico, per modo che sarebbe necessario che il lembo da innestarsi fosse distaccato totalmente e affrontato esattamente fra i due capi fra i quali è interposto.

Sarebbe più razionale (da molti ritenuto però sempre dannoso) il metodo della formazione del lembo dal capo periferico. Tenendo pure conto del modo come si ristabilisce la conduzione nervosa (subordinata alla condizione che i cilindrassi neoformati del capo centrale trovino la via delle guaine vuote del capo periferico) male si comprende come detta conduzione nervosa possa effettuarsi nell'impianto laterale per esempio del moncone periferico degenerato nelle labbra dell'asola del tronco di un altro nervo sano.

Dalle ricerche sperimentali, dagli studii istologici, e da tutto il complesso dell'esperienza clinica postoperativa acquistata in questo periodo di guerra, sembrerebbe che le anastomosi, gli impianti e innesti, le suture a distanza con materiali che non siano di sostanza nervosa trapiantata dallo stesso individuo, ecc. siano tutti metodi destinati ad arrecare pochi vantaggi, talora danni considerevoli o completi insuccessi operatorii.

In un caso di estesa perdita di sostanza del radiale l'O. ha resecato i capi ossei della esistente pseudoartrosi omerale, per compiere la sutura nervosa diretta. Il risultato è buono, perchè la rigenerazione si è iniziata bene e il callo osseo si va formando regolarmente.

Dott. L. C. ZAPELLONI.

Riunioni medico-militari castrensi.

V Riunione — 4 novembre 1916.

Sul trattamento dei feriti cavitari dell'addome.

SCALONE prof. IGNAZIO, capitano medico, relatore. Entrati, egli dice, nella presente guerra mondiale col programma di Mac Cormac al tempo della guerra boera: «*un ferito all'addome muore se è operato, guarisce se è tenuto a riposo*», è dubbio ancora se ne usciremo lasciandolo come un ricordo storico. Discute che cosa bisogna fare in un Ospedale di retrovia, lontano dal centro di operazione: *la condotta dev'essere negativa* giacchè possono capitare feriti cavitarii per sbaglio, in preda alla peritonite ed allora qualsiasi intervento è nullo, oppure in via di guarigione, ed allora non si toccano ugualmente. I feriti cavitari negli Ospedali delle retrovie hanno tutto al più bisogno di essere curati dei postumi delle loro ferite distinti in tre categorie: raccolte ascessuali, fistole, ernie.

Constatando che della totalità dei feriti che possono transitare per un Ospedale di retrovia, solamente ed all'incirca il 0,45 % sono feriti addominali dimessi vivi dalle formazioni sanitarie avanzate e di questi appena dall'11 % al 18 % presentano complicanze postume, dice che da tali cifre si può concludere come il lavorio degli Ospedali suddetti sia molto limitato ed il programma chiaramente tracciato per ogni singolo caso.

Il trattamento vero e proprio delle ferite cavitarie addominali deve esser fatto quindi nelle Unità sanitarie avanzate e tanto più prudentemente ed efficacemente quanto più tali unità sono ravvicinate alla linea del fuoco. Descrive le condizioni di un chirurgo in tali unità dove *la preoccupazione di rendersi utile là dove è necessario gl'impone di fare rapidamente e bene, in un campo di attività dove fa bisogno della estrema prudenza e della massima considerazione anche nella pratica della chirurgia civile.*

Egli dice che fare rapidamente e bene non significa nelle ferite cavitarie solo operare bene e rapidamente di laparatomia ma prima di tutto diagnosticare bene e rapidamente..... L'interesse che ci siano dei chirurgi esercitati e valenti per la cura dei feriti addominali, sta prima di tutto nel vantaggio, che si può avere da essi, a preferenza che da tutti gli altri, il sicuro criterio diagnostico sulla operabilità di ogni singolo caso, dato che non tutti gli addominali debbono essere operati, e, diciamolo pure, qualcuno dei guaribili senza intervento porebbe morire coll'intervento, viste le condizioni di luogo, di tempo e di attitudini personali in cui il chirurgo deve operare. Per il relatore quindi la questione dei feriti cavitarli compendia due problemi: *il problema diagnostico ed il problema operatorio.*

Problema diagnostico.

Il R. comincia a dimostrare con cifre statistiche che: 1°) *un numero non indifferente di feriti addominali sono semplicemente feriti parietali;* 2°) *molti feriti parietali si presentano con una sindrome uguale a quella dei feriti intraperitoneali, onde la denominazione data ad essa di sindrome paraperitoneale.*

I primi vanno in media attorno al 35 %-45 %; da 1/3 a 1/4 della totalità fino al 54 % per Kraske; al 54 % per Chevassu.

Sulla guida di 6 osservazioni personali tratteggia la sindrome paraperitoneale consistente in dolori e contrattura della parete addominale, vomito e polso piccolo senza che il peritoneo sia stato leso o almeno senza che ci sia stata infezione peritoneale per lesione di organi interni.

Come criterio diagnostico fa rilevare che tale sindrome peritoneale a peritoneo integro, si ha sopratutto nelle ferite delle zone marginali dell'addome dove bisogna sospettarla e la contrattura della parete è circoscritta o tende sempre più a circoscriversi alla sezione di peritoneo minacciata, mentre nella sindrome vera e propria per lesione del peritoneo, la contrattura è più estesa ed è generale o si fa generale quando insorge la infezione peritoneale. Onde la presenza di una ferita laterale con contrattura generale della parete deve far pensare ad una lesione estraperitoneale o offrire delle zone di ripiegamento della sierosa, dove è facile la circoscrizione di un processo infettivo anche intraperitonale, come è facile per le ferite del colon.

Al contrario quando si tratta del versamento di contenuto intestinale nella cavità peritoneale non è la sola sezione contigua al ferimento quella minacciata, ma tutta la sierosa: ne conseguono due risultati clinici apprezzabili, *la persistenza della contrattura e la generalizzazione di essa a tutto l'ambito addominale.* Ed allora praticamente: una lesione estraperitoneale del colon darà una contrattura meno spiccata e meno persistente che una lesione intraperitoneale dello stesso organo; una lesione intraperitoneale della vescica darà una reazione di difesa più forte e più diffusa di una lesione estraperitoneale; una lesione infettiva intraperitoneale del colon, dello stomaco, del sigma, del retto, ecc., per perforazione di essi, si manterrà più circoscritta e tenderà sempre più a circoscriversi, se non molestata da una lesione del tenue.

Nel tratteggiare l'esame sommario da fare del ferito ricorda: l'*aspetto generale, il polso radiale* da distinguere dal polso da emorragia interna, dal polso da skok, dal polso da spasmo; la *temperatura,* l'*esame dell'addome* ricercando la sede del dolore più intenso, la rigidità della parete, l'iperestesia che l'accompagna; il *vomito* da distinguere dal vomito da shok; il *punto di penetrazione ed il tragitto del projettile;* la *natura* di questo; l'*esame radiologico* e la sua importanza dal punto di vista diagnostico ed operatorio. Infine esamina la questione della *laparatomia esplorativa* che il relatore distingue dalla *esplorazione della ferita addominale* in quanto che questa può essere fatta con nessun pericolo, mentre la prima ha una statistica di morti, di guisa che deve essere risparmiata quanto più si può e siccome entrambe debbono essere accertamenti preparatorii ad una laparatomia curativa, è inutile che siano praticate in quelle condizioni esteriori che controindicano quest'ultima.

Problema operatorio.

Il R. tende a dimostrare come oggi sia cessato il conflitto fra interventisti ed astensionisti o almeno sia ridotto ad un preteso conflitto. Da una parte discute i *fondamenti scientifici e pratici* dell'astensionismo: 1°) la *indubbia guarigione di ferite intestinali* senza intervento come nell'ultimo caso di Chevassu controllato dalla autopsia; 2°) la statistica rilevante di guarigioni in rapporto ai casi rilevanti di morti cogli interventi; 3°) le condizioni di ambiente come pratica delle guerre passate e fino a tutto il 1914 della guerra presente; 4°) la condotta astensionista della più parte dei migliori chirurgi. Dall'altro lato dimostra come la condotta interventista abbia portata la rivoluzione nei concetti suddetti, creduti dogmi:

1°) Sono eccezionali le ferite intestinali guarite spontaneamente; sono per lo più le ferite del colon, quelle che transitano per gli Ospedali colle fistole stercoracee residuali.

2°) Dalla ricca statistica che il relatore riporta sui risultati dell'astensione si vede che dal 1914 a noi la cifra della mortalità si fa sempre più grossa fino al 100 % per molti chirurgi, per la ragione che la pratica dell'intervento ha fatto conoscere quali sono i casi realmente perforanti e sopratutto del tenue, i quali ultimi muoiono sicuramente tutti, senza intervento.

3°) La pratica stessa ha fatto conoscere, secondo la statistica riferita, che 1/4-1/3 dei feriti addominali sono feriti parietali che gli astensionisti mettevano come penetranti e quindi guariti senza intervento.

4°) La sindrome paraperitoneale spiega anche il fatto di essere state fissate come penetranti quelle che non lo erano e così la statistica si è arricchita a beneficio dell'astensione.

5°) La pratica comune di guerra ha fatto conoscere come i forami intestinali anche da projettili di fucile sono così ampii che è inutile sperare in una guarigione spontanea, appunto per la vicinanza in cui la guerra si combatte e per l'uso frequente di projettili esplosivi e di artiglieria.

6°) L'enorme miglioramento delle condizioni di ambiente e di personale delle unità sanitarie avanzate di cui sono un esponente le ambulanze chirurgiche d'armata.

7°) Molti chirurgi astensionisti sono divenuti interventisti e cita ad esempio che valga per tutti il Tuffier che nel 1914 era astensionista sistematico e dal 1915 è interventista: anche quelli che hanno avuta una mortalità operatoria rilevante coll'intervento, sono ugualmente interventisti giacchè si sono persuasi che l'astensione è funesta nelle ferite sicuramente perforanti specialmente del tenue.

La pratica dell'intervento ci ha arricchito ancora di molteplici nozioni di non secondaria importanza riguardo alla prognosi ed alla cura delle ferite addominali. Essa ci ha fissato dal punto di vista operatorio:

a) *la statistica della mortalità per organi;*

b) *la mortalità in rapporto ai vari projettili* colla prevalenza delle ferite da granata fino al 68 %;

c) *la mortalità in rapporto alle eviscerazioni;*

d) *la mortalità in rapporto alle peritoniti.*

E così si cominciò a ricostruire su solide basi la questine dell'intervento, demolendo l'edifizio dell'astensione, foggiato su congetture, su speranze e su illusioni.

Mentre gli astensionisti sono venuti così verso gli interventisti, questi cedevano, sia accordando i diritti indiscussi dell'astensionismo in alcune ferite cavitarie, sia sulle condizioni necessarie perchè un intervento abbia luogo:

1°) *Quali ferite debbono essere rispettate*: dello stomaco, del colon, del piccolo bacino delle due fosse iliache, della vescica, le transdiaframmatiche, ecc., tutte quelle, insomma, che hanno forami d'entrata in corrispondenza delle zone marginali dell'addome senza fenomeni di perforazione intraperitoneale.

2°) *In quali condizioni bisogna che l'intervento sia fatto*:

a) *Condizioni di tempo*: quanto più presto è possibile; al disotto delle 10 ore preferibilmente: dopo 5-6 ore nelle ferite perforanti in piena cavità addominale si inizia la peritonite. Solo i tedeschi vorrebbero operate anche dopo le 24 ore visto che qualcuno può salvarsi di questi destinati a morte sicura;

b) *Condizioni di luogo, di ambiente e di personale;*

c) *Condizioni di affluenza o meno di feriti;*

d) *Casi in cui la condotta non è discutibile* (eviscerazioni, emorragie interne. ecc.).

Il relatore, riportando il giudizio di tutti gli interventisti, li trova concordi nell'affermare che quando si può disporre di feriti che possono essere trasportati nelle prime ore, di una istallazione che dia tutte le garanzie di asepsi, di un gruppo di chirurgi e di un personale ridotto ma trenato e specializzato, si deve schierarsi nel campo degli interventisti.

Infine il relatore tratteggia la cura diretta del ferito, incominciando dalla:

Trasportabilità del ferito addominale che deve essere fatta quando si ha fiducia di arrivare in tempo ad operare nelle istallazioni sanitarie vicine e di mettersi in condizioni di operare bene. In caso contrario, come accade per i feriti in montagna, è preferibile il riposo e curare medicalmente.

Il relatore in questi casi, partendo dal concetto che la contrattura della parete messa in opera della natura come difesa del peritoneo, ha lo scopo di immobilizzare gli organi interni e di ridurre la cavità peritoneale come nel ventre ligneo, o a barca, propone di rinforzare l'opera della natura seppellendo addirittura l'addome del ferito sotto il peso diffuso di sacchetti di sabbia, specialmente nel segmento dove più si crede che sia avvenuta la perforazione intestinale. Così la immobilità è più spiccata, la respirazione costale è prevalente sull'addominale e la cavità sierosa è ristretta di più, facilitando le eventuali guarigioni radicali o per via di peritonite circoscritta.

Trasportabili debbono essere quelli con eviscerazione dell'intestino dopo aver provvisto al rientramento dell'organo a meno che l'ansa estrinsecata non sia la ferita, nel quale caso è meglio lasciarla estraperitoneale dopo accurata pulizia ed averla cinta e coperta di medicatura sterile.

Intrasportabili sono quelli con emorragia interna che possono aggravarsi col trasporto.

Per tutti la cura medica deve provvedere:

1°) a togliere lo shoc; 2°) a riscaldarli; 3°) a praticare l'ipodermoclisi, la fleboclisi, ecc.; 4°) a morfinizzarli; 5°) ad immobilizzarli nel modo più rigoroso.

Nell'Ospedale la cura deve comprendere tre periodi:

1°) *Studio sommario del ferito,* che deve dare luogo alla decisione fra: l'astensione, la laparatomia esplorativa, la laparatomia e un intervento palliativo (drenaggio sopratutto alla Murphy).

Il ferito operato di laparatomia non dovrebbe essere trasportato prima dei 15 giorni dell'intervento.

Concludendo, il relatore vede oramai dileguati i danni dell'astensionismo, purchè il problema diagnostico sia sorretto dalla organizzazione sanitaria generale e sopratutto dalla istallazione di unità avanzate con rapidità del trasporto, senza di che qualsiasi ardimento chirurgico si frange nel vuoto e nello scetticismo verso la nostra scienza.

DISCUSSIONE.

Il Dr. CAMERA accenna all'opera compiuta nei due primi mesi del suo funzionamento dall'Ospedale Chirurgico Mobile della città di Milano, diretto dal prof. Baldo Rossi, la cui statistica fa molto onore

alla chirurgia italiana e può figurare fra le migliori riportate dagli operatori stranieri.

Infatti su 63 operati per lesioni dello stomaco e del tenue (lesioni che lasciate a se, come appare dalle statistiche riportate dal relatore, sono sicuramente mortali) al momento della pubblicazione del Capitano Solaro, si contavano 16 definitivamente guariti e 9 in via di guarigione.

L'O. a proposito della sindrome paraperitoneale, nei casi fortemente dubbi, crede che il miglior mezzo per chiarire il diagnostico sia dato dallo sbrigliamento cauto ed a strati del tragitto della ferita.

Cita 2 casi del genere a lui occorsi. Due feriti da scheggia di granata, uno alla regione peritoneale, l'altro alla regione soprainguinale destra, con ferite a fondo cieco, presentavano un'imponente sindrome peritoneale.

Lo sbrigliamento metodico ed a strati del tragitto dimostrò che si trattava in tutti e due i casi di lesioni paraperitoneali, e precisamente nel primo caso, il projettile si era arrestato nello spazio pelviperitoneale di destra, dandovi luogo alla formazione di un ascesso cancrenoso, nel secondo caso il projettile, dopo aver rasentato il cul di sacco peritonale anteriore e scalfito il pube, era venuto ad arrestarsi nella fossa ischio-rettale di destra, determinando lungo il tragitto estesi fenomeni di sepsi.

L'estrazione dei projettili ed il drenaggio fecero ben presto scomparire tutti i sintomi peritoneali.

Nei casi di ferite multiple, che possono essere tutte od in gran parte, per la loro ubicazione, sospettate penetranti, qualora esista la sindrome in parola, l'O. crede sia migliore cosa procedere ad una laparatomia esplorativa. Però per l'apertura del peritoneo, sia essa esplorativa, sia essa tempo iniziale della cura di una lesione viscerale, sono assolutamente necessarie condizioni favorevoli di tempo, di luogo e sopratutto di personale tecnico.

L'operatore abile ed esperto da solo non basta: trattandosi il più delle volte di eviscerazioni complete per poter ricercare e curare le lesioni viscerali, è indispensabile un'assistenza oculata ed affiatata coll'operatore.

Tutte queste condizioni favorevoli sono ora realizzate dall'istituzione delle cosidette «Autoambulanze chirurgiche mobili» le quali hanno già dato e continuano a dare tanti ottimi risultati.

Non trovandosi nelle condizioni sovraccennate, meglio è riporre tutte le speranze sulla possibile circoscrizione della inevitabile peritonite, circoscrizione che rappresenta l'unica via di salvezza per i feriti sicuramente viscerali, poichè l'O. ha la convinzione che le statistiche di guarigione, senza complicanze tardive, riportate dagli astensionisti, riguardano ferite che pur ammettendo siano penetranti, non hanno certamente leso il tubo gastroenterico.

Chi vuole operare trascurando la realizzazione delle condizioni sopraccennate, rimetterebbe in valore l'aforisma del Mac Cormac, che fortunatamente è ormai bandito anche dalla chirurgia di guerra, dagli incoraggianti risultati sin'ora ottenuti.

Il Maggiore Medico RIVALTA si compiace della completa trattazione dell'argomento così bene sviscerato in tutte le sue parti dal R. di cui accetta le conclusioni in rapporto all'astensione ed all'intervento; però ritiene che le condizioni di ambiente e di personale necessario per un intervento che abbia le maggiori possibilità di buon risultato difficilmente potranno essere assicurate in tutte le formazioni sanitarie avanzate, prescindendo dalle ambulanze chirurgiche mobili create appositamente a tal fine, e quindi più di frequente in tali contigenze dovrà essere osservato l'astensionismo.

Durante sette mesi in cui si è trovato al comando di una Sezione di Sanità dislocata in una zona di guerra dell'alto Isonzo, alla quale affluivano i feriti spesso dopo parecchie ore (fino a 6-8) di trasporto in barella, sulle spalle o sulle autoambulanze a cavalli, l'astensione era nei cavitari dell'addome il comportamento di regola del chirurgo, il quale era pure un provetto professionista non digiuno di interventi addominali.

Coll'immobilità dell'individuo, le iniezioni morfiniche e la scrupolosa astensione da qualsiasi cibo o bevanda per parecchi giorni, si sono ottenuti degli esiti insperati, sicchè la maggior parte di tali infermi (non si hanno dati precisi per poter concretare una percentuale) dopo 15-20 giorni di degenza nell'infermeria provvisoria, sono stati sgombrati sugli Ospedali da Campo di Corpo d'armata in buone condizioni: le ulteriori notizie di non pochi d'essi hanno confermato il buon andamento del decorso.

Non è da escludere che fra tali infermi fossero comprese ferite parietali, estraperitoneali, ma non è neppure da escludere dalla localizzazione dei fori d'entrata e d'uscita e dal tragitto che li univa, in qualche caso corrispondente quasi alla linea mediana antero-posteriore, e dai fenomeni peritoneali in primo tempo, poi svaniti, che parecchi di essi avessero ferite intraddominali ed intraperitoneali.

Nei pochi casi in cui si è intervenuto per fuoriuscita di anse intestinali, per emorragia o concomitante ferita grave del fegato, si è avuto esito infausto, il quale del resto indubbiamente si sarebbe verificato anche coll'astensione, data la natura, la estensione e la gravità delle ferite cavitarie riscontrate.

Il Maggiore Medico CAPOGROSSI osserva che, quando esistono sintomi da far dubitare della penetrazione cavitaria di una ferita addominale, oppure quando la ferita, pur essendo penetrante, non dà all'inizio sintomi evidenti di peritonite, potrebbe essere utilissimo per la diagnosi il confronto fra la temperatura rettale e quella ascellare. La temperatura rettale può trovarsi elevata allorchè è in evoluzione un processo peritonico, anche circoscritto, come si verifica nelle appendiciti, mentre la temperatura ascellare è bassa. R.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

La dispnea nel morbo di Bright.

Parecchie varietà di dispnea vengono osservate nel decorso di malattie renali e spesso vengono attribuite ad uremia, mentre vi sono in giuoco delle altre cause.

Nella nefrite parenchimatosa la dispnea è dovuta all'edema dei polmoni o all'idrotorace. La diminuzione della secrezione renale porta un aumento di acqua e di cloruri nel sangue; ora la stessa ritenzione di cloruri è causa di edema, sicchè basta toglierli dalla dieta per vedere scomparire l'idrotorace e l'edema polmonare.

La cirrosi renale è accompagnata da arteriosclerosi e da ipertrofia cardiaca; quando il cuore diventa insufficiente si manifesta la dispnea, la quale però è di origine cardiaca, piuttosto che renale.

Un'altra forma di dispnea, ritenuta di origine uremica, consiste nei così detti attacchi di asma renale; essi rassomigliano ai soliti accessi asmatici; però ne differiscono per la gravità, poichè l'ammalato può morire improvvisamente per sincope od asfissia da ostruzione bronchiale.

Dopo diversi accessi, si stabilisce la congestione polmonare e la dispnea si fa permanente con esacerbazioni acute.

Questi attacchi sono stati erroneamente attribuiti all'uremia; si osservano di solito in individui oltre i 40 o i 50 anni con poliuria, ma senza alcun sintomo di tossiemia urinaria. In mancanza di ipertrofia cardiaca o di ateromasia aortica, si deve pensare alla presenza di placche ateromatose nelle coronarie; l'irritazione dei nervi cardiaci trasmessa al centro respiratorio, viene riflessa sui muscoli respiratori e bronchiali e ne segue l'accesso asmatico analogamente a quanto avviene nell'angina pectoris.

La congestione e l'ipersecrezione dipendono dai rami polmonari del simpatico.

Anche l'edema polmonare acuto, che pure si osserva nella nefrite interstiziale e parenchimatosa, può essere ritenuto di origine simile agli accessi asmatici, di cui si è parlato, con predominio dello stimolo riflesso dei nervi secretorî bronchiali e vasomotori.

Le respirazione di Cheyne-Stokes viene pure considerata di origine uremica; si osserva nella nefrite interstiziale con ipertrofia cardiaca ed arteriosclerosi e può continuare per delle settimane senz'altri segni di tossiemia urinaria. Come è noto, essa però si osserva anche in altre malattie (lesioni aortiche o cardiache, emorragia cerebrale, meningite basilare) ed è causata da ischemia del centro respiratorio, di cui viene diminuita la sensibilità per modo che vi è bisogno di maggior quantità di acido carbonico, perchè venga eccitato.

Tutte queste forme di dispnea possono essere complicate da sintomi uremici, ma, in assenza di una riduzione della escrezione urinaria o di una diminuita escrezione di urea, non si può considerare la dispnea come un sintomo uremico. FIL.

(Dal *Journ. of. Am. med. Assoc.*, 1916).

Sull'uremia.

Il nome di uremia è stato dato da Bright, in seguito all'osservazione da lui fatta dell'aumento di urea nel sangue e liquidi organici di individui affetti da forme gravi di nefrite. Il concetto di uremia si è poi venuto allargando, (Nellis B. Foster, *Journ. of Am. med. Assoc.*, 23 settembre) ma ne rimane però un tipo, detto appunto da ritenzione, dovuto al permanere di sostanze tossiche nell'organismo.

L'esempio estremo è dato dall'anuria, sia essa dovuta ad un calcolo, che ostruisce le vie renali, o ad un veleno (sublimato corrosivo); in ambedue i casi i sintomi sono gli stessi. Notevole è l'assenza di veri sintomi nervosi (convulsioni) ed anche i disturbi gastro-intestinali si notano solamente verso la fine.

Ascoli appunto aveva notato la differenza notevole fra questa sindrome, che egli chiama da intossicazione urinaria, ed il quadro che si osserva nelle malattie renali. L'intossicazione urinaria si può riprodurre sperimentalmente, con la legatura di entrambi gli ureteri; i fatti più salienti sono astenia ed anoressia progressive; più tardi poi, stupore e morte.

Questa, nei casi acuti avviene in pochi giorni; quando invece la mancata eliminazione si produce lentamente, le cellule acquistano un certo grado di tolleranza e ciò spiega che si possa mantenere la vita con un'oliguria, che dovrebbe essere rapidamente mortale. Un quadro di questo genere si può osservare nella nefrite cronica ipertrofica, quando si complica con dilatazione ed insufficienza cardiaca. Il rene, che ha perduto la facoltà di secernere un'urina concentrata, — specie in riguardo all'azoto — compensa questa mancanza secernendo una maggiore quantità di urina. Ma quando il cuore non può più supplire allo sforzo, la quantità di urea eliminata si abbas-

sa e ne risultano, quindi, in seguito alla ritenzione azotata, i sintomi dell'intossicazione urinaria da cui differiscono solo per l'intensità. Si manifestano gradatamente stupore, astenia, anoressia: vi si aggiunge un leggero delirio con obnubilazione mentale, talvolta con forme di persecuzione: si notano edemi più o meno notevoli, dipendenti in apparenza dal grado di insufficienza cardiaca. Nel tipo puro non si osservano sintomi dovuti ad irritazione dei centri motori.

Questo tipo di uremia si osserva sopratutto come conseguenza di ipertensione prolungata, quando gli individui affetti sfuggono al maggior pericolo dell'emorragia cerebrale. In nessun caso però il rene presenta lesioni distruttive dei suoi elementi, estese come si osservano in altri tipi.

Tipo ad edema cerebrale. — Nel grosso rene bianco, le manifestazioni cliniche sono in rapporto con i disturbi di escrezione dell'acqua e dei sali. Se ne ha come conseguenza, l'anasarca, mentre l'escrezione dell'urea e delle altre scorie azotate è relativamente normale.

Generalmente i casi protratti finiscono con delle forme infettive e solo eccezionalmente si notano sintomi uremici, come vomito, cefalea, stupore, amaurosi dovuta ad edema della retina, e finalmente il coma. Contrariamente alla opinione di altri, l'A. non ha mai veduto in queste forme degli attacchi convulsivi.

All'autopsia si osserva, come condizione generale, l'edema, specialmente del cervello e delle meningi, che si potrebbe considerare — però con ogni riserva — come la causa di tali sintomi; e questo troverebbe la conferma nel fatto che la pressione del liquido cerebro-spinale è aumentata.

Vi sono poi delle nefriti miste in cui si può notare l'edema come sintoma principale; si osserva però allora anche aumento di pressione sanguigna ed un aumento di azoto non proteico nel sangue, fatti che non si osservano nel tipo puro. Il grado di albuminuria non è di nessun aiuto per queste diagnosi.

Tipo epilettiforme o a convulsioni. — Viene generalmente classificato come tossiemia, sebbene non sia mai stata isolata alcuna sostanza tossica. Vi sono però dei fatti, che accennerebbero alla possibilità che realmente vi sia una sostanza specificatamente tossica per tale tipo di uremia, in cui si può avere un metabolismo anormale con una ritenzione azotata.

Questi diversi tipi non si presentano quasi mai isolati, sia dal punto di vista anatomopatologico, che da quello clinico.

L'uremia è quindi da considerarsi come un quadro complesso, risultante dall'insieme di più difetti fisiologici, e clinicamente contrassegnata da quello predominante.

FIL.

Il trattamento dell'albuminuria ortostatica.

Achard (*Journal des Praticiens*, n. 40, 1916) osserva che le condizioni che determinano la albuminuria ortostatica sono: innanzi tutto una fragilità renale e poi una stasi circolatoria occasionata dalla stazione eretta e tanto più facilmente quando esiste una lordosi e quando gli arti inferiori rimangono immobili. Questi concetti patogenetici suggeriscono le adeguate indicazioni terapeutiche. Contro la fragilità renale si deve limitare a fare in modo di non aggravarla con i medicamenti ed i cibi irritanti. Tuttavia non è necessario ricorrere all'alimentazione speciale dei nefritici: non sono consigliabili nè il regime ipoazotato, ne quello ipoclorurato.

Meglio si riesce a combattere le condizioni, che producono la stasi renale. La lordosi è spesso un disturbo dello sviluppo, come la maggior parte delle deviazioni rachidiane senza lesione grave delle vertebre, che si hanno negli adolescenti. Queste deviazioni probabilmente sono determinate da una insufficiente ossificazione della colonna vertebrale e da una debolezza dei muscoli che la sostengono. Per diminuire questa deviazione, più che i corpetti e gli altri apparecchi che fanno più male che bene, conviene sopratutto il riposo del rachide. Siccome il peso della testa e del tronco provocano l'inflessione della colonna vertebrale, conviene alleggerire i muscoli originariamente deboli con riposi frequenti in posizione sdraiata. Nei periodi di ortostatismo e di attività si devono evitare le attitudini che provocano o accentuano la lordosi ed anche quelle che determinano stanchezza dei muscoli del rachide. Contemporaneamente conviene rafforzare i muscoli stessi nonchè quelli di tutto il corpo mediante un'opportuna ginnastica da praticarsi preferibilmente in posizione coricata. Sono utili tanto per fortificare lo stato generale come per attivare la circolazione altre pratiche fisioterapiche, quali il massaggio, le frizioni alcooliche, l'idroterapia sotto forma di doccie tiepide o scozzesi.

L'alimentazione degli individui affetti da albuminuria ortostatica deve essere sostanziosa. Conviene insistere negli alimenti ricchi di sostanze minerali e grasse. Si proibiranno, in ba-

se all'osservazione che l'albuminuria è spesso accompagnata da ossaluria, gli alimenti in conserva che sono ricchi di ossalati. In ogni caso conviene sempre saggiare le condizioni della funzione digerente e ad essa adattare l'alimentazione.

I medicamenti in genere non hanno alcuna efficacia. Solo la medicazione detta ricalcificante pare dia qualche risultato. I preparati a base di fosfati, di calcio, l'olio di fegato di merluzzo, lo sciroppo iodo-tannico riescono utili perchè agiscono sullo stato generale.

a. a

IGIENE.

Metodo italiano per la cura antirabbica.

Il prof. Claudio Fermi, in un volume ricco di esperimenti, di dati e di osservazioni (Supplemento agli *Annali d'Igiene*, anno XXVI), mette in rilievo le deficienze dei metodi di cura antirabbica (virulenza, setticità, tossicità, insufficiente efficacia, molestia della cura).

Tali metodi presentano anche lo svantaggio di esigere una preparazione lunga e non facile e d'importare in genere una spesa relativamente alta.

L'A. descrive poi il suo metodo, che egli ha incominciato ad usare nel 1906, e che è andato man mano perfezionando. Esso consiste nel trattamento con un *siero-vaccino, risultante dalla mescolanza di due parti di vaccino* (emulsione al 5% di un potente virus fresco di coniglio o di cane fenolizzata all'1%; il Fermi usa per questo scopo l'encefalo, anzichè il midollo) e *di una parte di siero antirabbico* (ottenuto dal cavallo, usando il suddetto vaccino come antigene).

Si può iniettare per 5-10 giorni il siero-vaccino, continuando fino alla 25ª giornata col vaccino, oppure iniettare durante tutta la cura, soltanto il siero-vaccino.

Il vaccino, il siero ed il siero-vaccino preparati nell'Istituto diretto dall'A. si sono dimostrati, in numerose ricerche comparative, più efficaci — sia negli animali che nell'uomo — che i vaccini di tutti gli altri Istituti italiani od esteri.

Nelle statistiche dell'A. si ha che gli insuccessi veri sono il 0%, e gli insuccessi falsi il 0.1%. Riguardo alle esperienze sugli animali, il vaccino, il siero-vaccino e l'intiero metodo italiano dimostrarono un'efficacia del 33-100% sul vaccino e sull'intiero metodo Pasteur, Calmette e Babes.

Il metodo Fermi è il solo fra quelli esistenti, che, essendo completamente avirulento sottocute, garantisca nel modo più assoluto dal pericolo di uccidere di rabbia, di produrre paralisi o paresi da vaccino, ascessi e setticemie mortali. Il vaccino Fermi ed il siero-vaccino sono quindi assolutamente innocui. Si conservano in fialette, sterili ed efficaci per parecchi mesi (il vaccino 6, il siero-vaccino 2); è quindi possibile con essi *eseguire la cura anche lontano dall'Istituto, a domicilio del morsicato, e non appena avvenuto il morso.*

Si ha così il vantaggio di evitare il ritardo nell'intraprendere la cura, ritardo spesso notevolissimo e tanto maggiore, quanto più lontano si trova l'Istituto dall'abitazione del morsicato. Si evita inoltre al morsicato la spesa e l'incomodo di abbandonare casa ed affari per recarsi all'Istituto, ed ai Comuni le ingenti spese per l'invio ed il mantenimento dei morsicati poveri. Qualunque medico potrà applicare la cura antirabbica, allo stesso modo che può iniettare sieri, vaccini, preparati opoterapici e pericolosi farmaci (salvarsan, atoxil, ecc.).

Siamo certi, che se si facesse un *referendum* fra le autorità mediche sull'opportunità o meno di mettere nelle mani del sanitario un siero-vaccino già in fialette, completamente innocuo, ed usabile, colla consueta e semplicissima tecnica, ugualmente per ogni sorta di morsicati, sia gravi che lievi, la risposta sarebbe ampiamente affermativa, se già la domanda non fosse ritenuta offensiva per tutto il ceto medico! Pure non era mancata l'obbiezione che sarebbe pericoloso di affidare questi prodotti ai medici.

Altri notevoli vantaggi sono una maggiore semplicità di preparazione del vaccino e del siero-vaccino, un maggiore risparmio di tempo e di fatica ed una minore spesa per il risparmio di animali e di gas.

L'Istituto antirabbico di Sassari, diretto dall'A., l'unico in Sardegna, applicando sempre il massimo trattamento, ha già fatto risparmiare all'isola circa 700 mila lire.

Il nuovo metodo che il Fermi con patriottica modestia chiama italiano è adottato da qualche anno nelle Indie inglesi in sostituzione dei metodi Pasteur e Högyes (1). *ini.*

---

(1) Ecco ciò che leggesi nell'*Annual Report* 1912 del *Pasteur Institute of Southern India* (*Coonoor*):

« Questo metodo possiede il grande vantaggio che il materiale può essere inviato a distanza dove ogni medico esperto nell'uso dei vaccini, può praticare il trattamento ai morsicati. Ora se noi pensiamo ad una regione come l'India, dove la rabbia è così ampiamente diffusa e frequentissima, il vantaggio di questo metodo che ci mette a disposizione un vaccino efficace e sicuro, è enorme... ».

POSTA DEGLI ABBONATI.

(824). *Miscele di farine per la panificazione.* — All'abbon. n. 721:

Si possono aggiungere alle farine di frumento, per la panificazione, tutte la farine ricavate da cereali inferiori, da leguminose e da tuberi, innocui alla nostra salute, purchè si dichiari la specie e la proporzione della mescolanza.

Le farine di orzo, di avena e di patate sono oggi troppo scarse per essere utilizzate per la panificazione; però in tempi di abbondanza, possono essere aggiunte fino alla proporzione del 15 %, senza danneggiare affatto le qualità del pane ed il suo valore nutritivo.

Le farine di fave o di leguminose, in genere, possono essere aggiunte in quantità non superiore al 5 % e le farine di veccie **al** 2%, perchè in maggiore quantità comunicherebbero al pane il sapore disgustoso loro caratteristico e ben noto.

La farina di granturco, di cui vi è ordinariamente abbondanza, si può mescolare senza danneggiare le proprietà della farina di frumento, fino al 10 % e forse anche più, ottenendo un pane di gusto eccellente e di ottimo aspetto.

Le farine miscelate si panificano nello stesso modo che se fossero di solo frumento.

Le sostanze da aggiungere nel caso che non siano nella forma di farine, ma nello stato grezzo naturale, si fanno cuocere o rammollire e si passano per setaccio di rete metallica, per liberarle dalle corteccie. La poltiglia passata si impasta colla farina di frumento e con lievito e si opera, per il resto, come è noto. SCALA A.

(825). Ai dottori U. Loreti da Ravenna e M. Ghio da Genova suggeriamo:

FORGUE-JEANBREAU: *Guide aux Médecins dans les accidents du travail.* — Masson e C. Parigi.

IMBERT-ODDO-CHAVENAC: *Accidents du travail* — Masson e C. Parigi.

BORRI: *Gli infortuni sul lavoro.* — Casa Editrice Milanese.

BANTI: *Anatomia Patologica.* — Id.

TAYLOR: *Malattie veneree e sifilitiche.* — Unione Tipografico-editrice Torinese. *a. a.*

(826). Al dott. A. Litwak, Bologna:

Per le sincenesie consulti il lavoro di P. MARIE e C. FOIX su «*Les Syncinésies des hémiplegiques*» pubblicato nel n. 8-9 della *Revue neurologique* del 1916.

Per i riflessi consulti la relazione di CROCQ pubblicata nell'*Encéphale* del 1913. *a. a.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

E. TANZI ed E. LUGARO. *Malattie mentali.* 2ª edizione, Vol. II, Opera completa L. 45.00. — Società Editrice Libraria. Milano.

Vivamente atteso dagli studiosi di psichiatria si è pubblicato questo secondo volume dell'opera classica dei due eminenti neurologi italiani. La produzione libraria nazionale tende da qualche anno a sottrarsi all'importazione estera e a dare alla nostra cultura una impronta propria ed affatto originale. Tra i libri che meglio hanno corrisposto a questo scopo è certamente il trattato di Tanzi e Lugaro, che vi hanno prodigata tutta la loro cultura, tutto il loro ingegno agile e limpido.

Costretti fino a pocanzi alla lettura delle traduzioni più o meno ostrogote dei trattati esteri, ritorniamo ora con viva soddisfazione e con maggiore utilità alle abitudini mentali nostre, al nostro stile. Ed è con vero diletto dello spirito che si leggono e si studiano questi libri concepiti e scritti italianamente.

In occasione della pubblicazione del primo volume si è dato in questo giornale un cenno dei criterî con i quali l'opera è condotta, dei pregi di questo trattato che fa onore al genio della nostra stirpe.

Con la medesima chiarezza di concetti e di stile dei primi capitoli generali sono ora trattate le varie forme di malattie mentali.

Pure affrontando le più astruse quistioni teoriche il trattato mantiene sempre un indirizzo pratico, e non è neppure trascurata la tecnica dell'organizzazione manicomiale, alla quale è dedicato uno speciale capitolo.

Dr.

DEVAUX et LOGNE. *Les ansieux.* Prezzo L. 4.50. — Parigi, editori Masson e C.

In questo manuale gli AA. trattano la semiologia dell'emozione ansiosa indicando i caratteri differenziali con la tristezza semplice, la depressione, il pessimismo, la noia, l'astenia, l'irritazione, ecc. e più generalmente con tutte le altre forme normali o patologiche di emozioni dolorose o di dolori morali. Dànno poi una classificazione delle numerose varietà di ansie morbose: descrivono l'ansia ossessiva, l'ansia malinconica, l'ansia maniaca; tracciano il quadro dell'ansia professionale, epilettica e neurastenica e dimostrano come lo studio accennato dello stato ansioso consente di rilevarne la natura e di stabilire con l'analisi di questo solo sintomo la diagnosi, la prognosi e il trattamento dell'affezione fondamentale. *a. a.*

F. HECKEL. *La névrose d'angoisse. Prezzo Lire 9.00.* — Parigi, editore Masson e C.

È uno studio scientifico e pratico molto completo sulla psiconevrosi d'angoscia, che la guerra ha reso tanto frequente, che per lo più è confusa con le altre nevrosi come la nevrastenia, la psicastenia, l'isteria, ecc. Insieme alla descrizione dell'entità clinica pura l'A. fa una discussione sulla diagnosi e la patogenesi degli stati d'angoscia sintomatici di altre forme cliniche. Ma quel che più è interessante è la patologia generale e la psicologia di queste sindromi, trattate con larghezza e chiarezza. La parte clinica, la diagnostica e la cura sono anche molto sviluppate.

Non mancano idee personali schiettamente originali: l'A. ritiene che tutti gli individui affetti primitivamente di un disturbo di nutrizione possono diventare emotivi ed ansiosi e che inversamente tutti i neuropatici con disturbi emotivi possono secondariamente avere disturbi della nutrizione. *a. a.*

VARIA.

La gerarchia nel corpo sanitario militare francese.

I medici militari nell'esercito francese, tal quale come nel nostro, possono rivestire otto gradi successivi. Al nostro sottotenente corrisponde: *médecin aide-major de 2. classe;* al tenente: *médecin aide-major de 1. classe;* al capitano: *médecin-major de 2. classe; al maggiore: médecin-major de 1. classe;* al tenente-colonnello: *médecin principal de 2. classe;* al colonnello: *médecin principal de 1. classe;* al maggior generale: *médecin inspecteur;* al tenente generale: *médecin inspecteur général.* Le funzioni però non si corrispondono in tutti i gradi, poichè, mentre sono equiparate quelle dei subalterni nei due corpi sanitarii militari italiano e francese, differiscono nei gradi superiori. In Italia il capitano medico dirige il servizio sanitario reggimentale, funzione che è invece in Francia riservata al *médecin-major de 1. classe*, che equivale al nostro maggiore. Il capitano medico in Francia (*médecin-major de 2. classe*) dirige il servizio sanitario di un solo battaglione. Sono inerenti ai gradi di *médecin principal de 1. classe* e di *médecin principal de 2. classe* le funzioni direttive rispettivamente di grandi ovvero di piccoli ospedali od infermerie presidiarie, mentre in Italia la direzione di queste ultime è il più delle volte affidata a un maggiore. Così pure, mentre da noi i colonnelli medici coprono indifferentemente le funzioni di direttori di ospedali principali e di direttori di sanità di corpo d'armata, nel corpo sanitario militare francese la direzione degli ospedali è bensì riservata al *médecin principal de 1. classe,* ma la direzione di sanità al *médecin-major de* 1. *classe,* che equivale al nostro maggiore. Il corpo d'armata spetta al *médecin inspecteur* (maggior generale medico). Al grado di *médecin inspecteur général* spetta infine, la direzione suprema del servizio sanitario nel Governatorato militare di Parigi. In complesso si nota nel corpo sanitario militare francese, in confronto col nostro, una maggiore facilità di carriera ed un maggior numero di alti comandi essendovi tanti maggiori medici quanti reggimenti, e tanti maggiori generali medici quanti corpi di armata, mentre in Italia tre soli sono i posti in organico di maggiori generali medici, presso l'Ispettorato di Sanità militare.

(Da *La Rif. Med*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Il Ministero dell'Interno ha diramato ai Prefetti del Regno la seguente circolare:

« Le SS. LL. sono già a conoscenza, per comunicazione avuta dal Ministero della Guerra, degli speciali provvedimenti concretati per la profilassi antitubercolare del Regio Esercito, nonchè per la diagnosi e la cura dei militari tubercolotici, quali sono riassunti nella circolare 29 dicembre 1916, numero 801, del servizio sanitario del detto Ministero, pubblicata nel *Giornale Militare Ufficiale*.

In base a tali disposizioni, dalle autorità militari, verranno denunziati alle SS. LL. gli iscritti di leva dichiarati non idonei al servizio militare per tubercolosi in atto, ed i militari riformati per la stessa causa.

È chiaro che, dopo ciò, viene a cessare ogni intervento delle autorità militari, ed è allora che dovrebbe largamente intervenire l'azione delle autorità civili, nell'intento di apprestare i maggiori aiuti e di attuare, in confronto di tali malati, che ritornano nei loro paesi di origine, i necessari e possibili provvedimenti curativi e profilattici, e ciò nel comune interesse dei malati e della società.

Questo Ministero non dubita del particolare interessamento delle SS. LL. e di codesto medico provinciale per questo campo di lotta antitubercolare, ed ha fiducia che, nei limiti dei mezzi ora disponibili, possano con opera di vigilanza, di persuasione e di perseverante attività conseguirsi i maggiori beneficii sanitari.

Occorre a tale scopo che le SS. LL. eccitino anzitutto a vantaggio di tali malati l'interesse dei sottoprefetti, dei sindaci e degli ufficiali sanitari; che promuovano l'aiuto dei Comitati e delle istituzioni antitubercolari esistenti; che stimolino le iniziative degli Enti pubblici, utilizzando tutte le possibili risorse locali. Grande vigilanza dovrà al pari esercitarsi sull'assistenza sanitaria dei tubercolotici, assicurandosi che essa facciasi, in modo razionale, nelle sezioni ospedaliere per tubercolosi ed, ove queste manchino, per ora, con mezzi iniziali, da perfezionarsi in appresso.

Le SS. LL. dovranno infine seguire l'afflusso di tali infermi nei singoli Comuni della Provincia e vegliare su quanto riflette la loro assistenza in relazione con la lotta antitubercolare, tenendo presente che questo Ministero non mancherà di concedere il proprio concorso e sussidi in denaro, nei limiti dei fondi a disposizione ed in base alle agevolazioni consentite, per l'esecuzione di opere igieniche, dal Decreto Luogotenenziale 28 gennaio 1917, n. 42, a vantaggio di quegli Enti, che diano prova di rivolgere la loro opera benefica e le loro iniziative per l'incremento di tutte le forme di prevenzione, di cura e di lotta antitubercolare.

Si gradirà dalle SS. LL. un cenno di assicurazione ed, entro il prossimo mese di maggio, una esposizione sommaria del *piano di azione* concretato, ed inteso allo scopo che il divisato aiuto profilattico e curativo ai militari tubercolotici possa avere, sin da ora, il maggiore possibile impulso e siano gettate le basi per una, non lontana, più salda e più completa organizzazione a vantaggio della pubblica igiene e per doveroso tributo ai nostri valorosi soldati ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6813) *Iniezioni endovenose.* — Dott. G. V. da D. M. — Il medico non è obbligato ad invitare l'ufficiale sanitario a presenziare le iniezioni di liquidi disinfettanti nelle cavità cadaveriche per protrarre la sepoltura od il trasporto del feretro da un Comune ad un altro.

(6815) *Pagamento di stipendio ai medici condotti - Obblighi dello Esattore e del Tesoriere comunale.* — Dott. N. L. da C. — L'obbligo imposto agli esattori delle imposte dirette di anticipare gli stipendi ai medici condotti, allorchè non esistono fondi in cassa di spettanza del Comune è subordinato alla condizione che le anticipazioni fatte e quelle che si chiedono non superino complessivamente l'importo totale dei proventi comunali riscossi e da riscuotere entro lo stesso anno solare in base ai ruoli ed alle liste di carico già consegnategli.

Nel caso che l'esattore non rivesta la carica di tesoriere comunale, l'obbligo della anticipazione degli stipendi deve ritenersi subordinato inoltre alla presentazione da parte del richiedente di apposita dichiarazione firmata dal Sindaco e dal Tesoriere, comprovante la mancanza di danaro nelle casse di questo ultimo e contenente l'invito all'esattore di eseguire l'anticipazione.

Poichè codesto esattore trovasi, come Ella dice, in credito verso il Comune e non ha avuto alcun ruolo da riscuotere fino a questo momento, il suo rifiuto è giustificato. Non vi è altro mezzo che citare il Comune dinanzi la competente autorità giudiziaria onde ottenere una sentenza e procedere alla pegnorazione degli effetti di spettanza municipale.

(6816) *Effetti di annullamento di licenziamento del medico condotto da parte della G. P. A.* — Dottor M. T. da P. — Quando è annullata dalla G. P. A. in sede contenziosa la deliberazione consigliare con cui si licenzia il medico condotto, si debbono dal Comune pagare tutti gli stipendii arretrati, come se il licenziamento non fosse stato mai pronunziato ed il medico avesse fatto sempre servizio. L'annullamento rende inesistente l'atto e ciò che è inesistente non può produrre alcun effetto giuridico. Il pagamento degli stipendi arretrati deve avvenire anche se il Comune insorgesse contro l'annullamento giacchè i ricorsi alle sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato non hanno mai effetto sospensivo. In quanto alla notifica del licenziamento il Consiglio di Stato con parere del 30 aprile 1914 ha ritenuto che essa debba avvenire entro i tre mesi prescritti dalla legge. Però basta che in tal

termine sia comunicato un semplice sunto della deliberazione. La notifica formale di questa con copia autentica e completa può avvenire anche dopo e dalla data di tale notifica decorre il termine stabilito per ricorrere.

(6818) *Cumulo di assegni. - Decorrenza di quinquennio per aumento di stipendio.* — Dott. D. C. da Z. di G. 8300. — L'assegno di ufficiale sanitario si cumula con lo stipendio di medico condotto allorchè devesi stabilire se al sanitario competa differenza fra stipendio civile e militare e quale. La decorrenza dei cinque anni necessarii per ottenere l'aumento quinquennale dello stipendio si verifica dalla data della nomina a medico condotto effettivo, giacchè solo da quel momento il sanitario entra nell'orbita del capitolato e può chiedere l'osservanza di ogni conseguente diritto.

(6819) *Tassa focatico. - Corrisponsione di assegno a medico condotto interino.* — Dott. E. F. da G. — Il pagamento della tassa focatico compete a tutti coloro che, per qualsivoglia titolo, risiedono in un determinato Comune. Pertanto il medico interino, durante il periodo di tempo che dimora nel Comune che lo ha nominato, è obbligato al pagamento della tassa. Non si può dire in quale proporzione si debba pagare la tassa in parola giacchè la applicazione di essa è subordinata ad una tariffa ed a determinate categorie che variano da Provincia a Provincia e da Comune a Comune. L'accertamento è fatto da una Commissione speciale e contro le determinazioni di questa, che vengono in tempo notificate al contribuente, può questi reclamare al Consiglio Comunale ed anche alla Giunta Provinciale Amministrativa. Non si può in tesi generale ed astratta indicare se al medico interino, impedito di disimpegnare il servizio per il riacutizzarsi di un male cronico competa l'intero stipendio, giacchè occorre esaminare in concreto per quanto tempo ed a distanza di quanto l'impedimento verificasi, ovvio essendo che se può tollerarsi la sospensione del servizio per qualche giorno ed a lungo intervallo di tempo, non possono certamente passare inosservate lunghe e frequenti sospensioni. Occorre tener presente che trattasi di un medico interino, cioè di un medico di rimpiazzo nominato per assolute necessità di servizio e non di un titolare, cui possa essere di volta in volta concessa una licenza straordinaria per infermità.

(6820) *Pensioni.* — Dott. D. M. da R. — Avendo aderito alla Cassa di Previdenza anteriormente alla promulgazione della legge 2 dicembre 1909, n. 744, ha diritto al riconoscimento dei servizii prestati anteriormente al 1° gennaio 1899. E poichè Ella è entrata in servizio al 1° luglio 1885 potrà usufruire nella liquidazione della pensione senza pagamento di alcun premio di riscatto dei 13 anni e 6 mesi di servizio prestati prima del 1899. Tenuto conto in modo sommario, perchè si ignora la data precisa della adesione, del servizio prestato dal 1909 ad oggi, che si calcola approssimativamente in anni 8 e mesi 6, può Ella contare su 22 anni di servizio. Per liquidare la pensione occorre attendere altri due anni e sei mesi e, cioè, fino al 31 dicembre 1919. In tale epoca conterà anni 59 di età. In base a tali estremi, otterrà la pensione di annue lire 1028. Non si possono riscattare gli anni di servizio prestati dal 1° gennaio 1899 alla data di adesione alla Cassa di previdenza.

(6822) *Tassa di Ricchezza Mobile. - Certificati.* — Dott. Graziella. — Sullo stipendio da Lei indicato compete l'annua tassa di R. M. di L. 268.29 compreso l'aggio allo esattore dell'1.99 per cento. Per ottenere il rilascio gratuito dei certificati sanitarii e per essere esenti dall'uso della carta da bollo non basta essere inclusi nell'elenco dei poveri. Occorre che il sindaco di volta in volta con appositi certificati attesti la povertà del richiedente. La povertà che dà diritto alla inclusione nell'elenco dei poveri è quella relativa, tenuto conto delle spese che occorrono per la normale assistenza sanitaria. Altro differente criterio si deve naturalmente tenere quando si tratta di risparmiare poche lire quante ne occorrono per l'acquisto di un foglio di carta da bollo.

(6823) *Pensioni.* — Dott. P. Z. da F. — Col 1° aprile 1920 potrà chiedere senz'altro il collocamento a riposo, giacchè, avendo aderito alla Cassa di previdenza fin dalla sua istituzione, otterrà il riscatto dei tre anni di servizio prestati prima del 1899 senza alcun pagamento di premio speciale.

(6825) *Pensioni.* — Dott. E. M. da O. — Gli anni di servizio utili per la pensione decorrono per Lei dal 1° gennaio 1884 giacchè non possono essere riconosciuti più di quindici anni prima della istituzione della Cassa di previdenza. Perde, quindi, tre mesi. Con 59 anni di età e 34 di servizio liquiderà la pensione normale di L. 1899 e con 60 anni di età e 35 di servizio liquiderà la pensione normale di L. 2106. Per il maggior contributo versato durante il decennio 1899-1908 riceverà la maggiore pensione, nel primo caso di L. 1009 e di L. 1041 nel secondo. A tali cifre si dovranno aggiungere, all'atto della liquidazione gli interessi composti fino al 31 dicembre precedente al collocamento a riposo e gli interessi semplici da questa data a quella della decorrenza della pensione. Per conoscere la pensione maggiore che Le sarà corrisposta per effetto dei versamenti volontarii eseguiti dal 1909 ad oggi occorrerà che Ella ce ne precisi l'ammontare, non essendo sufficiente per basare il calcolo la cifra approssimativa, di cui Ella fa cenno nel quesito.

(6826) *Pensioni.* — Dott. B. B. da N. — Al 1° prossimo luglio può liquidare la pensione su 33 anni di servizio e 57 di età. Riceverà, pertanto, annue lire 1653. Gli anni durante i quali ha prestato servizio militare vengono computati, sempre che, oltre quelli del Comune, sieno stati versati anche i contributi del sanitario. Non risulta che sieno state emanate disposizioni per la valutazione, agli effetti della pensione, degli anni passati in servizio militare durante l'attuale periodo di guerra dagli impiegati comunali. Per ottenere la liquidazione della pensione bisognerà che a mezzo del sindaco del Comune sia inoltrata analoga domanda su carta da bollo da L. 2 all'Ufficio Sanitario della Provincia, corredandola dell'atto di nascita e di tutte le

copie delle deliberazioni consiliari attestanti l'inizio ed il termine di ogni servizio utile.

(6828) *Medico assimilato in Ospedale di Riserva.* — Dott. A. F. M. — Il Comune non può obbligarla a lasciare od a non accettare il grado di ufficiale medico assimilato nel locale ospedale militare di riserva, perchè tale nomina e grado si ottiene per ragione di servizio generale, che non ammette ostacoli da parte delle amministrazioni municipali. I medici assimilati non sono considerati, nei riguardi del trattamento economico, come richiamati e quindi, non godono dei due mesi di stipendio. Prestando servizio nel luogo della loro normale residenza essi, mentre disimpegnano le proprie mansioni presso i militari, possono seguitare a prestare l'assistenza civile.

(6829) *Certificati medici.* — Dott. G. A. da A. della R. — Se il certificato in parola è stato richiesto direttamente dal Tribunale di Guerra, non compete alcun compenso al medico condotto che lo rilascia, perchè esso è da ritenersi chiesto di ufficio nell'interesse del servizio. Se invece, il certificato è richiesto dallo interessato per esibirlo, nel proprio interesse, al predetto Tribunale, è dovuto compenso al sanitario che lo rilascia.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — Al dott. C. V., Zona di Guerra:

Il fatto di compiere 40 anni e di essere stato da un anno in Zona di Guerra, se pone l'ufficiale medico nelle condizioni *di poter essere avvicendato* e gli dà facoltà di fare tale domanda, non gli conferisce però nessun diritto del genere, essendo tale avvicendamento subordinato a molte altre condizioni, e prima di ogni altra alle ragioni di servizio. La nomina a capitano potrà averla solo quando la otterranno gli ufficiali effettivi di pari anzianità, che per ora *sono stati promossi a tutto il 10 novembre* 1915.

All'abb. n. 2809:

Se il collega si trova *in vera zona di operazioni* ha certamente diritto all'indennità di guerra, poichè gli spettano tutte le indennità militari, nessuna eccettuata.

Circa il permesso a far venire presso di lui la famiglia, è cosa che dipende dall'autorità militare che comanda la zona: può provare a chiedere l'autorizzazione.

Per ciò che concerne poi il mezzo di trasporto per coprire tutto lo spazio nel quale si estende la condotta, è interesse dell'autorità comunale il procurarglielo, perchè, senza tal mezzo di trasporto, il servizio resterà menomato, ma il collega non ha diritto a pretenderlo.

Al dott. G. L. L., R.:

Il distintivo per i militari che hanno sopportato le fatiche e i disagi e corso i pericoli della guerra, venne istituito col Decreto N. 641 del 1916 riportato nel Giornale Militare con la circolare 321 del 1916, e poi completato con quella N. 330 pure del G. M. 1916.

All'abb. n. 6830:

Occorre sapere se, pur non essendo idoneo ai servizi attivi, lo è pei servizi sedentarii, nel qual caso l'ufficiale non è congedato, ma impiegato nei servizii territoriali.

Se poi l'ufficiale è inabile a qualsiasi servizio, viene ricollocato in congedo e la sua reintegrazione nei primitivi servizi civili ai quali apparteneva non dipende dal Ministero della guerra, ma dalle autorità civili dalle quali dipendeva prima della chiamata alle armi.

All'abb. n. 5739:

Data la sua anzianità di nomina a tenente non può ancora aspirare al grado di capitano, perchè i tenenti effettivi sono stati promossi al grado superiore con l'anzianità del 10 novembre 1915.

Non gli spettano neppure quinquenni in base all'anzianità di laurea.

All'abb. n. 1555:

Non esiste nessuna circolare per l'avvicendamento; si tratta soltanto di una disposizione di massima.

Gli interessati possono però far domanda di avvicendamento al Ministero, pel tramite gerarchico, quando si trovino nelle condizioni di avere oltre 40 anni di età ed un anno di servizio in Zona di Guerra.

Non occorre allegare il certificato di nascita.

Al dott. M. T. da V.:

Le promozioni dei tenenti al grado superiore sono state fatte fino all'anzianità 10 novembre del 1915.

Coloro pertanto che hanno l'anzianità del maggio 1915 sono stati già promossi capitani.

Al dott. D. P. da B.:

Esperite indagini, non ci risulta finora pervenuta la sua posta.

All'abb. n. 6203:

La circolare cui accenna si limita a fissare l'anzianità degli ufficiali effettivi da promuoversi; i quadri di avanzamento sono fatti in base a tale circolare che è la 27 del G. M. del 1917.

I tenenti medici con anzianità maggio 1915 sono già stati promossi capitani, se in zona di guerra.

Al dott. F. S., abb. n. 8740:

Non vi è alcuna disposizione che stabilisca che i capitani medici debbano rimanere, dopo promossi, a far servizio di battaglione. Anzi il servizio di battaglione è regolarmente disimpegnato dai subalterni medici. Il collega quindi sarà tolto dal servizio che attualmente disimpegna se farà presente la sua situazione al Direttore di Sanità di Corpo d'Armata, non appena, ben s'intende, lo permettano le contingenze del servizio.

Al dott. D. P. M., abb. n. 5819:

Il servizio di assimilato non è utile agli effetti della promozione. Circa il servizio prestato da sottotenente occorre per la promozione a tenente aver compiuto 9 mesi di cui 4 al fronte. Se poi l'ufficiale è in servizio territoriale occorrono per conseguire la promozione ben 18 mesi di permanenza nel grado di sottotenente.

Al dott. M. C., da P. E.:

Il Ministero della Guerra conferisce le promozioni ed i gradi per titoli sulla base del parere di una *Commissione Tecnica* della quale il giudizio è naturalmente non appellabile. Si ritiene quindi inutile far presentare reclami ecc. contro le sentenze di detta Commissione, che per la sua competenza appunto è stata nominata a tale ufficio.

Al dott. A. N., abb. n. 8734:

I. Non esiste *per ora* alcun decreto o circolare che stabilisca che i medici della Croce Rossa che fanno servizio presso l'Esercito mobilitato abbiano lo stesso trattamento circa le promozioni di quelli di complemento di Sanità militare.

II. Il collega non ha diritto a reclamare se, per necessità di servizio, dopo aver trascorso 12 mesi ad un ospedaletto, viene ora comandato presso un reggimento, sebbene già precedentemente abbia fatto servizio reggimentale, poichè non vi è alcuna disposizione in contrario.

Al dott. D. T. S., da A. P.:

Non può esser fatta domanda da parte degli ufficiali di complemento od effettivi di venir inviati nelle Colonie. Quando occorra qualche ufficiale per tale servizio il Ministero li fa tutti interpellare, in maniera che, dalle loro risposte, risulta chi deve venir comandato.

Al dott. D. C. Z., abb. n. 8300:

Per ora la Croce Rossa continua le promozioni come dal suo Regolamento di avanzamento.

All'abb. n. 2802:

Data la relativa giovinezza della sua classe (1880), il collega non può ancora essere avvicendato, poichè il Ministero avvicenda per solito quelli che, avendo superato i 40 anni, hanno trascorso più di un anno in zona di guerra.

Non si tratta però neppure per questi di una disposizione tassativa, ma di una norma di massima.

All'abb. n. 6740:

Le proposte per le promozioni debbono esser fatte subito e dirette al Ministero della Guerra.

All'abb. n. 8422:

Si conferma che *nessuna circolare ministeriale* esiste per disciplinare il turno di servizio fra i medici delle prime linee e quelli delle retrovie.

Tale avvicendamento è lasciato, come si disse, al buon senso dei direttori di Sanità di Corpo d'Armata, ed è probabile che le Direzioni di Sanità delle varie armate abbiano impartito delle disposizioni ai suddetti Direttori di Sanità di Corpo d'Armata a mezzo di circolari.

Si tratta però sempre di pratiche interne delle armate.

Al dott. A. F., Zona di Guerra:

Appartenendo alla Croce Rossa non spettano al collega le stesse indennità degli ufficiali dell'esercito.

L'indennità giornaliera di cui parla è speciale per gli ufficiali appartenenti all'esercito.

Al dott. A. V., Zona di Guerra:

Al collega spetta la promozione e realmente è stato già promosso *con la Dispensa 24ª del Bollettino del 23 marzo* 1917.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Roma. — Al dott. cav. Achille Baldi, ispettore capo delle Ferrovie di Stato presso il Servizio Sanitario a Roma, il Ministero dell'Interno ha assegnato una medaglia d'oro per l'opera sua zelante e preziosa prestata alle vittime del terremoto di Avezzano, ove accorsero prontamente a dare soccorsi fra stenti e pericoli non pochi ispettori sanitarii delle Ferrovie, dando prove di abnegazione e di umana solidarietà.

Palermo. — A Preside della Facoltà medica, in sostituzione del compianto prof. Argento, è nominato il prof. Gaetano Lodato, direttore della Clinica Oculistica.

ALBO D'ORO.

Ricompense al valore militare
per la campagna di guerra 1915-1916.

Medaglia di bronzo.

Settimi Francesco, da Civitella d'Agliano (Roma), sottotenente medico reggimento artiglieria campagna. — Mentre il posto di medicazione era soggetto a violento tiro di artiglieria nemica di vario calibro, calmo e sereno, continuava a prestare opera di soccorso a militari feriti, finchè, colpito egli stesso da una granata, perdeva la vita. — Monte Fortin, 20 ottobre 1915.

Rescigno Francesco, da Rocca Piemonte (Salerno), sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Nei posti di medicazione avanzati, sotto l'intenso fuoco dell'artiglieria nemica, adempiva con grande zelo il suo mandato, in condizioni disagevoli e pericolose e superando gravi difficoltà. — Monte Sei Busi, 21-26 ottobre 1915.

Soffio Santi, da Caserta, sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — In tre giorni consecutivi di aspro combattimento, compiva la sua missione, prima in prossimità e, poi, sulla stessa linea di fuoco, dando prova di grande calma e coraggio. — Castelnuovo del Carso, 23-24 ottobre 1915.

Cavallari Leonida, da Lettere (Napoli), sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Trovandosi in un posto di medicazione avanzato e soggetto al fuoco nemico, in mezzo a difficoltà gravissime causate dall'imperversare del tempo e dal terreno, dalle quali l'opera sua era grandemente ostacolata, seppe assolvere, con grande calma, energia, e perizia, il proprio compito. — San Martino (Carso), 7-25 novembre 1915.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico-chirurgo, esente militare, ottimi titoli, laurea quindicennale, cerca interinato durata guerra, possibilità stabile dimora, preferibilmente litorale o località prossima Capoluogo. Scrivere Dante Petri, fermo-posta. Carrara.

NOTIZIE DIVERSE

Casa nazionale per gli invalidi di guerra.

La Casa Nazionale di ricovero per i grandi invalidi della guerra avrà sede nella villa generosamente donata dalla principessa Demidoff (come già annunziammo), in Firenze. Vi potranno essere mantenuti ed assistiti vita natural durante i grandi invalidi della guerra, cioè i militari o le persone divenute permanentemente invalide per fatto del nemico, nelle quali si riscontrino: *a*) cecità associata a grave mutilazione o grave storpiaggine definitiva; *b*) gravi mutilazioni o gravi storpiaggini multiple; *c*) associazione di grave mutilazione di un arto con storpiaggine di altro arto. In tutti i casi detti invalidi dovranno essere impossibilitati alla rieducazione professionale, ma chirurgicamente guariti e non affetti da croniche stabili successioni morbose, tali da richiedere assistenza ospedaliera. Tali le istruzioni emanate dal Ministero dell'Interno ai Prefetti, per le ammissioni.

Nuovi ospedali inglesi in Francia.

I continui attentati dei sottomarini tedeschi alle navi-ospedale che trasportano i feriti inglesi dai porti francesi a quelli della Gran Bretagna hanno indotto il Governo del Regno Unito a stabilire un maggior numero di ospedali in Francia.

Ciò richiederà un enorme lavoro di organizzazione ed un grandissimo dispendio, ma il Governo inglese è deciso a volere risparmiare ai feriti il pericolo della traversata. Particolarmente difficile riesce trovare un adeguato numero di dottori e di infermiere a cui affidare la condotta dei nuovi ospedali.

Il ministro della Guerra, Lord Derby, ha già rivolto un caldo appello ai dottori inglesi, perchè offrano l'opera loro, e se non sarà possibile ottenere il numero necessario con questo mezzo, si proporrà al Parlamento una legge per il servizio obbligatorio dei medici fino al quarantacinquesimo anno di età.

Tuttavia poichè in seguito alle condizioni nelle quali la guerra si svolge, e all'enorme lavoro che dànno le varie assicurazioni operaie, il numero dei medici scarseggia di già in rapporto ai bisogni della popolazione civile, in Inghilterra, una grande affluenza di medici inglesi in Francia aggraverebbe queste condizioni, cosicchè da molti si propone che venga rivolto all'America un appello perchè invii in Francia, al servizio delle autorità militari inglesi, il maggior numero possibile di medici, considerato che per il momento, e mentre dura l'organizzazione dell'esercito americano, non vi è bisogno di essi negli Stati Uniti.

Mille medici americani in Francia.

Il *Journal* ha da Washington:

Il piano per l'organizzazione del reclutamento nord-americano è stato completato col progetto di inviare prima di un mese in Francia, sulla linea del fuoco, un corpo di mille medici, chirurghi e dentisti.

Un ospedale americano a Parigi.

La Croce Rossa americana ha fondato a Parigi un ospedale militare nei vastissimi locali che costituivano la clinica del chirurgo Doyen, morto pochi mesi or sono. Al nuovo ospedale sono addetti dieci fra medici e chirurghi americani e due medichesse pure americane.

Eroe del dovere.

È morto di tifo esantematico, contratto nell'esercizio del suo alto ministero, a Jassy (Romenia), il dott. ERNESTO BEZZONI, di Padova.

Egli era agente consolare a Costanza; dopo l'invasione tedesca era passato a Bucarest e poi a dirigere l'ospedale della Croce Rossa Italiana di Jassi.

Contava 49 anni. Era figlio dell'ing. Bartolomeo, patriota fervente che partecipò alla difesa di Vicenza, e pronipote di G. B. Belzoni.

Al fratello Guido, residente a Roma, esprimiamo tutto il nostro rimpianto per questa fine, degna della famiglia Bezzoni.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp*.

Anno XXIV. *Roma, 13 maggio 1917* Fasc. 20.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI:

Laboratorio Chimico Compartimentale delle Gabelle in Bologna.

Ricerca e determinazione dei pentosi nell'urina.

Dott. GIUSEPPE TESTONI.

La ricerca e la determinazione quantitativa dei pentosi nell'urina presenta non lievi difficoltà e richiede lunghe manipolazioni. Fra i molti metodi consigliati da vari autori accennerò brevemente ai più recenti che sono considerati anche come i più esatti.

Lo Jolles (1) per la ricerca qualitativa di questi zuccheri propone il seguente procedimento: 10-20 cmc. di urina si scaldano con quantità corrispondenti di acetato sodico e cloridrato di fenilidrazina per un'ora a bagno-maria e si lasciano poscia per altre due ore in acqua fredda. Si forma un precipitato di osazone che, filtrato su amianto e lavato una sola volta con acqua, si introduce insieme al filtro in un palloncino da distillazione. Previa aggiunta di 20 cmc. di acqua e di 5 cmc. di acido cloridrico concentrato si distillano 3 cmc. di liquido raccogliendoli in tubo da saggio immerso nell'ac-

(1) Zentralbt. f. innere Medizin, 26, 1049.

qua fredda. Se sono presenti pentosi, 1 cmc. del distillato scaldato con 4 cmc. di reattivo del Bial (1) dà, in causa del furfurolo formatosi, una intensa colorazione verde.

Per la determinazione quantitativa lo Jolles, dopo aver criticato il metodo Tollens-Krueger basato sopra la precipitazione del furfurolo allo stato di floroglucide ed aver riconosciuto che i metodi fondati sul potere riducente dei pentosi non potevano dare risultati esatti in causa della presenza nell'urina di altre sostanze riducenti quali l'acido urico, la creatinina, i pigmenti coloranti e specialmente il glucosio, nel caso di urine diabetiche, consiglia un procedimento basato sulla formazione di un composto bisolfitico del furfurolo. Alla soluzione furfurolica ottenuta per distillazione con acido cloridrico dell'osazone, egli aggiunge del bisolfito sodico e determina la quantità di tale composto che si è combinata col furfurolo titolandone l'eccesso con soluzione normale di iodio. Indirettamente viene così a conoscere dalla quantità di furfurolo quella dei pentosi presenti nell'urina.

Il Sachs (2) ha studiato il valore delle diverse reazioni colorate per la ricerca dei pentosi ed ha trovato che nessuna corrisponde interamente allo scopo. Il reattivo di Bial, oltre a non scoprire che il 0.2 per cento di pentosi, non dà sempre risultati sicuri; la floroglucina in presenza di acido cloridrico, e l'acetato di anilina sono anche meno sensibili e, ad ogni modo, reagiscono anch'essi non sui pentosi ma sul furfurolo da questi formatosi. Migliori risultati dà il metodo del Neumann (3) basato sull'impiego dell'orcina in soluzione alcoolica e in presenza di acido solforico concentrato. Con questo metodo si ottengono tuttavia delle intense colorazioni anche dal glucosio (rossobruna) e dall'acido glucuronico (verde-azzurra), delle quali la prima resta inalterata, la seconda passa al rosso per diluizione con acqua. Conviene adunque ricorrere all'analisi spettroscopica per riconoscere le bande caratteristiche di assorbimento date dalle colorazioni violette dei pentosi.

Più tardi lo Jolles (4) modificò leggermente il suo metodo per la ricerca dei pentosi nelle urine diabetiche.

La modificazione consiste nell'aumentare la quantità di acetato sodico e cloridrato di fenilidrazina in relazione col tenore di glucosio; ciò allo scopo di precipitare allo stato di osazoni tutti gli zuccheri presenti nell'urina. Egli insiste nell'affermare che la sensibilità del reattivo del Bial è tale da scoprire gr. 0.05 di pentosi anche in una urina col 10 per cento di glucosio.

Tutti i metodi adunque sono basati sopra la trasformazione dei pentosi in furfurolo e le polemiche si accendono sopra la maggiore o minore sensibilità dei vari reattivi del furfurolo.

Nessuno, che io sappia, ha mai cercato se era possibile ottenere una reazione direttamente dai pentosi senza bisogno di ricorrere a una operazione così energica come la distillazione con acido cloridrico, che conduce a delle trasformazioni molecolari non esclusivamente caratteristiche dei pentosi.

È noto infatti da tempo che non solo gli esosi ma anche gli esobiosi sono suscettibili di trasformarsi in furfurolo per azione degli acidi Villavecchia e Fabris (1) osservano anzi che dei due zuccheri semplici in cui si scompone il saccarosio, è il fruttosio quello che dà maggior quantità di furfurolo.

È noto anche che si trasformano in furfurolo parecchie altre sostanze che possono trovarsi nell'urina, come, per esempio, l'acido glucuronico che ne dà il 46 per cento e l'acido urocloralico che ne dà il 17 per cento (2).

Io ho poi constatato, e ne riferisco in altra sede, che non solo tutti gli zuccheri ma anche gli amidi e le destrine sono suscettibili di fornire non trascurabili quantità di furfurolo se vengono distillati con acido cloridrico di densità 106, a 160° come è consigliato da Tollens e dai suoi allievi.

Quale sicurezza presenta allora la ricerca dei pentosi e specialmente il loro dosamento nelle urine normali (3) e patologiche se si prende come base dell'analisi la trasformazione dei pentosi in furfurolo?

Occupandomi della determinazione dei pentosani nelle farine io ho dimostrato che le quantità che vi si trovano col metodo Tollens, cioè calcolandoli dal furfurolo ottenuto per distillazione, non corrispondono al vero in causa appunto della presenza dell'amido, il quale per reazione coll'acido cloridrico prima si trasforma in glucosio poi in furfurolo. Ho pro-

(1) 1 gr. di orcina in 500 cmc. di acido cloridrico concentrato e alla soluzione si aggiungono 20-30 goccie di cloruro ferrico al 10 %.
(2) Biochem. Zeitschrift, 1, 383.
(3) Berliner Klin. Wochenschrift, 41, 1073.
(4) Zeitschrift f. analyt. Chemie, 52, 104.

(1) Annali del Laboratorio chimico centrale delle Gabelle, 3, 14.
(2) Berichte, 25, 2569; Annalen, 290, 155.
(3) Alcuni autori affermano che nelle urine normali esistono talvolta piccole quantità di pentosi.

posto perciò un metodo di dosaggio in base ai pentosi ottenuti per idrolisi. Questi, trattati a caldo con soluzione acetico-cloridrica di floroglucina, dànno una bellissima colorazione rosso-ciliegia stabile per più di un'ora anche se il liquido acido viene fortemente diluito con acqua.

Questo metodo può essere impiegato con vantaggio per la rapida e sicura ricerca dei pentosi nelle urine, nonchè per la loro determinazione quantitativa.

La presenza di glucosio, levulosio, maltosio, saccarosio, albumina, acido glucuronico, ossalico, salicilico, fenoli, sali mercurici, sali di piombo, fosfati alcalino-terrosi in eccesso, nonchè quella dei componenti normali dell'urina non pregiudicano affatto la reazione, che possiede una sensibilità tale da scoprire, anche in una urina diabetica, *un decimo di milligrammo* di pentosi.

Ricerca qualitativa.

Dieci centimetri cubi di urina si decolorano scaldandoli a bagno-maria per qualche minuto con una piccola quantità di carbone di sangue; si filtra e si svaporano in capsula di vetro su bagno-maria 5 cmc. del filtrato. Si ottiene un residuo semicristallizzato che viene ripreso in più volte con 9 cmc. di una soluzione tiepida di floroglucina al 0.25 per cento in acido acetico glaciale, travasando in tubo da saggio. Ciò fatto si aggiunge al contenuto del tubo 1 cmc. di acido cloridrico concentrato (D=1.19), si immerge il tubo in acqua scaldata precedentemente a 45°-50° e vi si mantiene per 30 minuti avendo cura che la temperatura non salga sopra i 50°.

Ben presto appare la colorazione caratteristica rosso-ciliegia data dai pentosi.

Ho ottenuto nettamente tale colorazione anche da un'urina alla quale avevo aggiunto il 10 per cento di glucosio e il 0.01 per cento di arabinosio e della quale avevo svaporato, dopo decolorazione, non 5 ma un centimetro cubo soltanto. Ciò corrisponde adunque ad una sensibilità del decimo di milligrammo.

La ricerca qualitativa può essere ancora abbreviata se l'urina contiene solamente pentosi. Allora non è necesario svaporare ma basta prenderne un centimetro cubo e aggiungervi 15 cmc. di soluzione acetica di floroglucina e 2 cmc. di acido cloridrico scaldare per qualche minuto ad ebullizione incipiente.

Mi sembra adunque che non vi sia eccezione alcuna sulla impiegabilità di questa reazione che può essere usata con vantaggio anche come esperienza di corso, data la sua semplicità e speditezza.

Ma essa corrisponde assai bene anche per la

Determinazione quantitativa.

Se si tratta infatti contemporaneamente all'urina una piccola quantità di un pentoso, ad esempio arabinosio, col mio reattivo, si ottiene un termine di confronto che permette di valutare colorimetricamente la quantità di pentosi contenuta nell'urina.

Io opero nel modo seguente: a grammi 0.01 di arabinosio, o anche più secondo i casi, e al residuo ottenuto per svaporamento di 5 cmc. di urina decolorata aggiungo, in tubi da saggio, rispettivamente 9 cmc. di soluzione acetica di floroglucina e 1 cmc. di acido cloridrico concentrato e scaldo per 30 minuti a 45°-50°.

Diluisco poi ciascuna prova in un litro di acqua e ottengo soluzioni limpidissime e nettamente colorate in rosso. Se la loro intensità è uguale, la determinazione è già compiuta, se no, diluisco opportunamente il liquido ottenuto dall'arabinosio fino a colorazione identica a quella del liquido proveniente dall'urina.

Il confronto può essere eseguito con qualunque colorimetro, ma servono bene anche dei cilindri di vetro posti su fondo bianco e osservati direttamente.

Per semplificare i calcoli è bene operare sempre le successive diluizioni del liquido contenente l'arabinosio in modo da portare il volume ad un numero di centimetri cubi uguale ai decimilligrammi di arabinosio impiegati, così, dividendo per 500 i centimetri cubi che si dovettero diluire, si ha senza altro la percentuale di pentosi nell'urina in esame.

Per esempio, se si presero per confronto gr. 0.02 di arabinosio (200 decimilligrammi) e se per ottenere la stessa colorazione di quella data dall'urina si diluirono a 200 centimetri cubi 120 del liquido primitivo (soluzione in un litro d'acqua), avremo che nell'urina esaminata erano contenuti gr. 0.24 per cento di pentosi.

RIVISTE SINTETICHE.

R. ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA - PAVIA.

Importanza e utilità pratica dell'indagine radiologica. (1)

Rivista sintetica del dott. P. MASSERINI.

Torace. — *Apparato respiratorio.* L'indagine radiologica dell'apparato pleuro-polmonare è fertile di tutta una serie di insegnamenti nuovi, molto differenti da quelli forniti dagli altri metodi di indagine. I rilievi degli altri esami possono essere confermati, e in molti casi ampliati in modo considerevole con l'aiuto dei raggi X; talvolta per di più, soltanto per loro mezzo, si possono svelare e studiare lesioni polmonari profonde; d'altro lato la topografia esatta, la precisa estensione delle lesioni dell'apparato respiratorio possono essere più facilmente stabilite con lo aiuto dello schermo fluorescente che con altri mezzi.

La sua semplicità di applicazione, rende il metodo fra tutti brillante: senza manovra alcuna di preparazione, con ammalato in condizioni di salute qualsivogliano, l'esame è sempre possibile: la visione vivente dei polmoni si rivela con chiarezza di immagine meravigliosa.

L'indagine nell'ambito del torace può essere indirizzata all'esame di tutti gli organi in esso contenuti: pleure, polmoni, mediastino.

Il soggetto, sia in posizione retta che supina, può esser esaminato frontalmente, dorsalmente, e ancora sotto tutti i gradi di obliquità del torace, rispetto al piano mediano, sagittale, antero-posteriore. Questa possibilità concede di vedere e riconoscere nelle loro particolarità gli organi situati profondamente, la cui ombra, in posizione dorsale e frontale, sarebbe mascherata dalla proiezione di organi più superficiali. Questa possibilità fa sì che il trorace può rendere allo schermo immagini varianti all'infinito, di cui nessuna rassomiglia esattamente ad un'altra.

Frontalmente il torace appare come un campo molto trasparente, diviso in due metà dall'alto in basso dall'ombra intensa derivante dagli organi non aereati compresi tra la colonna vertebrale e lo sterno, sommantesi con l'ombra data da queste ossa. Ciascuna metà del campo polmonare presenta una forma triangolare conica: le ombre delle coste, simmetricamente disposte, l'attraversano obliquamente dall'alto in basso e da fuori in dentro; le clavicole circoscrivono in alto gli apici; la base è limitata nettamente dall'ombra convessa e mobile della cupola diaframmatica; l'estremo esterno di questa curva, unendosi alla parete toracica, delimita il seno costo-diaframmatico; all'esterno il campo è delimitato dalla parete toracica; all'interno dal mediastino, di cui la linea delimitante differisce sensibilmente nelle due metà del campo polmonare, per la presenza del cuore che invade e rimpiccolisce a sinistra il campo stesso.

In posizione dorsale l'immagine è analoga alla precedente, differisce solo per alcuni dettagli. Le posizioni nettamente laterali, destra e sinistra, ci rendono l'immagine degli organi toracici dallo sterno alla colonna vertebrale; le posizioni oblique forniscono di dettagli le ombre di questi organi.

L'esame radioscopico dell'apparato pleuro-polmonare deve essere condotto metodicamente: dopo uno sguardo d'insieme, che ci mostrerà se le ombre riferentesi agli organi toracici sono normali in tutte le posizioni, per la loro forma generale, per la regolarità dei loro contorni, per le loro dimensioni, per il grado di trasparenza e per la loro mobilità, si passa all'esame di dettaglio che deve essere rivolto agli apici, all'ilo, alle linee interlobari, ai seni, alla linea diaframmatica; solamente dopo avere esperite tutte queste ricerche di insieme e di dettaglio, l'operatore può permettersi di concludere se lo apparato respiratorio si trova in uno stato normale o in uno stato patologico. Se l'esame ha rivelato nel campo polmonare l'esistenza di un'ombra anormale, questa va considerata nella sua forma e limiti, nel suo grado di opacità, nella sua topografia ed estensione, per desumerne un criterio diagnostico.

Passerò in rapida rassegna le affezioni più importanti degli organi toracici, mettendo obiettivamente in rilievo l'importanza maggiore o minore che l'indagine radiologica assume di fronte ad esse.

Pleura. — I foglietti e la cavità pleurica, quando si trovano allo stato fisiologico, non sono rilevabili coi raggi X: quando però i foglietti sono alterati per un ispessimento, per depositi fibrinosi sulla loro superficie, quando la cavità contiene una raccolta liquida o gassosa, allora l'indagine radiologica rileva le anormalità; immagini particolari permettono di distinguere tra loro le varie evenienze.

La presenza di liquido nella pleura si rivela allo schermo per l'esistenza, nel campo polmonare, di un'ombra di intensità forte e quasi uniforme, che dalla base si innalza nell'emitorace a maggiore o minore altezza secondo l'entità del versamento; il livello superiore è segnato da

(1) Vedi fasc. 18.

una linea per lo più obliqua dall'alto in basso e da fuori in dentro, oltre la quale il polmone riappare con trasparenza tanto più vicina alla normale quanto minore è la quantità del liquido; verso la base l'opacità dell'ombra è maggiore che verso le parti alte del versamento; il seno costo-diaframmatico e la curva del diaframma non appaiono più, i movimenti di questo in rapporto con gli atti respiratorii sono aboliti; se il versamento è molto abbondante il cuore e il mediastino si vedono spinti verso il lato sano.

Anche nel caso di versamento molto abbondante, quando la diagnosi riesce facile in base ai dati di palpazione, percussione, ascoltazione, l'indagine radiologica non perde il suo valore: l'evoluzione della malattia, le variazioni quantitative del versamento, il grado di compressione del polmone, il ristabilimento della funzione polmonare quando il versamento diminuisce, talvolta possono essere meglio seguìti radioscopicamente, e in ogni caso i rilievi radiologici serviranno di controllo ai dati clinici.

Nei casi di versamento scarso, e ancora in casi in cui un versamento discreto coesiste con lesioni polmonari, e i sintomi clinici possono essere incerti o mascherati, l'indagine sullo schermo si rende utilissima, poichè dà quasi sempre rilievi sufficienti per ammettere o escludere la presenza di liquido. Talvolta ancora l'ascesso subfrenico può simulare clinicamente il versamento pleurico, e abbiamo già visto a questo proposito che l'affezione dà segni chiari di sè ai raggi X.

Sulla diagnosi di natura del versamento scarsi segni differenziali può fornire lo schermo, poichè sia la raccolta siero-fibrinosa, purulenta, emorragica, l'ombra non varia nel suo carattere di opacità; l'indagine può informare a tale riguardo solo sull'esistenza di altre affezioni concomitanti, che sappiamo possono influire sulla formazione della raccolta: lesioni polmonari, tumori della pleura stessa, dei polmoni, del mediastino, aneurismi dell'aorta, ecc.

La pleurite secca, quando l'affezione è limitata, dà segni radiologici di dubbia interpretazione, perchè i segni delle lesioni polmonari, colle quali essa è quasi sempre in relazione, mascherano i rilievi già scarsi sullo schermo. Quando è molto estesa, come nelle affezioni polmonari croniche, o a seguito di pleuriti con versamento, è sempre ben rilevabile: nelle forme recenti la base è opacata, la linea diaframmatica incerta, la sua mobilità ridotta o abolita, il seno costo-diaframmatico rimpiccolito o scomparso. La sinfisi, che, più o meno estesa, è l'esito quasi immancabile della pleurite, trova nello schermo il miglior mezzo rivelatore: anche quando la retrazione di una zona circoscritta del torace, per adesione dei foglietti pleurici, non si rende evidente all'ispezione clinica, può essere smascherata all'esame radioscopico sulla base di rilievi comparativi di maggior finezza, quali la diminuzione degli angoli costo-vertebrali, la diminuzione limitata in un tratto della parete toracica dell'ampiezza degli spazi intercostali, la scarsa modificazione di trasparenza in rapporto con gli atti respiratori della zona di polmone corrispondente; se la sinfisi è basilare, anche se limitata a un tratto ristretto, la deformazione della curva diaframmatica nell'inspirazione è evidentissima. Quando la sinfisi colpisce per un estensione rilevante i foglietti pleurici, ai sintomi accennati si aggiunge la visione della retrazione degli organi mediastinici, una diminuzione spicata della trasparenza generale dell'emitorace, l'immobilità pressochè assoluta del diaframma, l'abolizione del seno costo-diaframmatico.

La raccolta di aria nella cavità pleurica rende sullo schermo un'immagine che non può essere confusa con quelle di altre affezioni: nel campo polmonare una zona più o meno ampia, a seconda dell'estensione del pneumotorace, assume una trasparenza fortissima con contorni distinti; nel pneumotorace completo il polmone è rilevabile come una massa informe di media opacità, afflosciata a ridosso dell'ombra mediastinica; se per aderenza tra i foglietti pleurici il polmone non abbandona in qualche zona i suoi rapporti colla parete, quest'immagine si modifica, ed è ovvio che tali modificazioni possono essere infinite: in ogni caso l'indagine illustra chiaramente il quadro, più di quello che ogni altra ricerca possa permettere.

Nel pneumotorace completo il diaframma appare appiattito e abbassato secondo una linea obliqua dall'alto in basso e dall'interno all'esterno; la sua mobilità si rileva compromessa, sia perchè diminuisce in estensione, sia perchè il movimento si rileva ritardato in rapporto a quello del lato sano, e ne risulta una dissociazione singolare delle escursioni tra le due metà diaframmatiche: il fenomeno era prima ignorato e non può essere altrimenti studiato che coi raggi.

Se alla raccolta di aria concomita versamento, la presenza di liquido anche in piccola quantità è rivelata dallo schermo: in posizione eretta del paziente, si rileva, alla parte più declive della raccolta gassosa, un'ombra nera contrastante nettamente con la trasparenza soprastante e divisa da questa per un livello nettamente orizzontale, che per una scossa brusca

impressa al paziente ondeggia e fluttua verso le pareti tra le quali è chiuso: è il fenomeno della succussione ippocratica svolgentesi sotto i nostri occhi.

Il pneumotorace sia esso totale, limitato, o saccato difficilmente sfugge allo schermo; se la diagnosi generica è clinicamente facile anche quando è limitato, l'utilità dei raggi non passa per questo in seconda linea, poichè l'estensione sua, lo stato del polmone, l'accertamento di possibili aderenze pleuriche, non possono meglio essere stabiliti con nessun altro mezzo; in certe forme saccate di pneumotorace l'indagine radiologica può essere anche la sola a riconoscerne l'esistenza.

Nell'argomento delle pleuriti saccate con versamento l'utilità dell'esame radiologico assurge ad un valore particolare: la pleurite saccata può localizzarsi in un punto qualsiasi del sacco pleurale; esistono però dei punti di elezione e l'affezione piglia appunto il nome della regione affetta. Abbiamo così per ordine d'importanza la pleurite interlobare, la diaframmatica, la mediastinica che rimangono talvolta distinte, tal'altra si associano tra loro. La diagnosi clinica dell'affezione è sempre difficile, e se anche l'esistenza può essere facilmente sospettata, la localizzazione è sempre ardua a stabilirsi, talvolta impossibile: e quando si pensi che queste forme sono per lo più purulente e necessitano d'un intervento immediato, si comprende la grande utilità dell'indagine radiologica, che quasi sempre riesce a determinarne con precisione la topografia.

L'immagine radioscopica di una raccolta interlobare si può dire caratteristica: un'ombra intensamente opaca attraversa a guisa di nastro il campo polmonare in tutta la sua larghezza: il suo spessore e la conseguente riduzione delle zone chiare di polmone sopra e sottostante variano in rapporto con l'entità della raccolta. Anche la sclerosi interlobare, che consegue alla risoluzione di questa affezione, mentre clinicamente non dà alcun segno, radioscopicamente rende un rilievo particolare evidentissimo che non può essere confuso con altre evenienze: per metterla in evidenza si ricorre a particolarità tecniche che non è qui il caso di ricordare. La pleurite mediastinica porta alla formazione di un'ombra anormale che si somma all'ombra mediana e la deforma e ingrandisce in un punto differente secondo la sua localizzazione. Qui le cose in realtà non sono sempre chiare, e l'accordo tra dati clinici e rilievi radiologici deve essere stretto, per arrivare alla diagnosi di pleurite mediastinica. Anche nella pleurite diaframmatica si tratta di rilievi delicati e di interpretazione non sempre facile, ma spesso l'indagine accoppiata ai rilievi clinici può dirimerne i dubbi. Negli esiti di questa forma già abbiamo visto quanto la ricerca riesce più nettamente decisiva che non con altri mezzi.

Bronchi. — Mentre clinicamente troviamo nei dati ascoltatori rilievi abbondanti e preziosi per la diagnosi delle forme morbose bronchiali, radiologicamente l'indagine dà rilievi nulli nelle forme acute, scarsi e talora insignificanti anche nelle forme croniche. L'utilità dell'indagine in quest'affezione serve ad escludere l'esistenza di complicanze da parte del resto dell'apparato pleuro-polmonare; il suo uso fornisce in altre parole una garanzia di autenticità del processo, fondata sul suo reperto negativo in confronto alla positività del reperto clinico.

Nella bronchite cronica, quantunque allo schermo la trasparenza polmonare nel suo assieme sia poco modificata, l'immagine del polmone presenta spesso piccole modificazioni: modica accentuazione dell'ombra ilare, che può apparire allargata e piuttosto allungata specie nella sua propaggine verso la base: accentuazione delle diramazioni bronchiali divergenti per intensità d'ombra e talvolta aumento lieve di spessore sia per la peribronchite sia per abbondanza di secrezione.

Anche le bronchiettasie non sono sempre ben riconoscibili e possono anche sfuggire: il sussidio dei rilievi ascoltatori deve aiutare in ogni caso l'indagine. Quando sono numerose possono influire sulla trasparenza della base polmonare: sono evidenti e possono riprodurre imagini particolari se nel loro lume si raccoglie del liquido.

Gangli tracheo-bronchiali. — Nell'indagine röntgeniana troviamo qui un metodo di visione diretta quasi sempre molto efficace tanto nel caso che un'alterazione di essi sia clinicamente latente e non dia segni funzionali di sua presenza, come quando fenomeni inquietanti rendano necessario precisare la patogenesi del quadro morboso.

I gangli mediastinici, quando siano numerosi o voluminosi, danno sullo schermo un'immagine che può sorpassare lateralmente quella dell'ombra mediana; questa viene a perdere in questo modo la sua forma normale, ed assume un contorno irregolare, talvolta festonato: non sempre è un rilievo così facile, perchè possono anche non debordare o essere poco rilevanti; ma cambiando di posizione all'ammalato e ispezionando il torace sotto diverse incidenze oblique, nel dissociamento che veniamo ad otte-

nere della sua ombra mediana, è possibile rilevare anormalità di volume e di numero dei gangli mediastinici anche di modico grado.

I gangli ilari invece, grazie alla loro posizione laterale intrapolmonare, danno sempre un'immagine evidente nelle due posizioni laterale e frontale: quando sono numerosi si fondono con l'ombra mediana, e l'ilo appare allora nel suo assieme esteso e largo e più opaco; questo aspetto coincide ordinariamente con lesioni polmonari piuttosto estese. Quando anche piccoli sono fibrosi e più ancora calcificati, spiccano sulla tinta grigio-chiara che li circonda per la loro opacità.

Polmoni. — I processi vascolari, congestioni, edema, infarto, si rilevano allo schermo per la presenza di ombre anormali, che non hanno però un valore patognonomico; l'indagine in queste evenienze può avere un valore come conferma e controllo del reperto clinico.

Tra i processi infettivi acuti tanto la polmonite franca, quanto la bronco-polmonite nelle sue due forme anatomiche pseudolobare e lobulare, dànno rilievi particolari ai raggi X: l'impiego di questi non ha però attualmente per queste affezioni un ugual valore pratico di applicazione; quando ad esempio si consideri che nella polmonite dell'adulto i segni fisici raramente mancano e sono per lo più precoci, e ancora che il trasporto di un ammalato in periodo acuto può riuscire non del tutto innocuo, si comprende come l'utilità dell'indagine radiologica passi in seconda linea, almeno nel primo periodo dell'infezione; nel periodo finale di risoluzione, tanto più se questa non procede normalmente, l'indagine riacquista tutto il suo valore pratico.

Nella polmonite dei bambini invece, ove talvolta i segni fisici appaiono tardivamente e possono anche mancare, l'indagine può assumere un'importanza decisiva poichè il processo morboso dà sullo schermo un'immagine tutt'affatto speciale, che non può confondersi con altre; radiologicamente anzi si designa con un nome speciale l'alterazione che presenta il polmone: «triangolo pneumonico»: è un ombra di opacità intensa, triangolare, a base esterna e apice verso l'ilo, ben limitata, contrastante nettamente col restante campo chiaro polmonare, evidente sopratutto nel periodo iniziale e nel periodo di risoluzione della malattia. Manca raramente nella polmonite infantile, può essere meno netto e può talvolta invece mancare nell'adulto; lo si osserva in questo con maggior frequenza nelle polmoniti del lobo superiore, mentre nelle localizzazioni basilari l'ombra è talvolta diffusa: nella pneumonite totale tutto l'emitorace è fortemente opacato. Nel periodo di risoluzione l'opacamento polmonare impallidisce progressivamente, ma non sempre in modo omogeneo; si deforma irregolarmente, riducendosi da ultimo ad essere soltanto corticale, e qui non si risolve completamente tanto presto, come i rilievi clinici ascoltatori solitamente portano a ritenere, ma più tardi e talora lo schermo attesta anche dopo qualche settimana la persistenza di un opacamento corticale residuale; se la risoluzione non avviene in modo normale e sopraggiungono complicanze, l'esame coi raggi può assurgere a valore di controllo non indifferente, talvolta indispensabile; nelle forme di ascesso pneumonico, nella gangrena polmonare l'indagine non dovrebbe mai essere tralasciata: i due criteri più importanti a guidare l'intervento chirurgico, sede ed estensione della lesione, non possono meglio essere stabiliti che a mezzo del suo impiego.

La bronco-polmonite si presenta sullo schermo con immagini differenti nelle sue due forme anatomiche pseudo lobare e lobulare. La pseudo-lobare inoltre non da mai un'ombra a contorni ben delimitati come la polmonite franca, poichè è eccezionale che essa occupi esattamente i limiti di un lobo; il più spesso l'immagine mostra che un tratto più o meno esteso di lobo è chiaro normale, o che il processo invade il lobo contiguo.

Nella bronco-polmonite lobulare si rilevano nel campo polmonare delle ombre diffuse, mal limitate, poco appariscenti; esse stanno a rappresentare i focolai disseminati, confluenti in qualche punto del polmone, distanziati tra loro in altre zone; l'immagine può talvolta simulare il quadro della tubercolosi: solo la clinica decide della diagnosi di natura.

Tra i processi polmonari cronici è sopratutto nella tubercolosi polmonare che l'indagine radiologica può essere utilizzata con vantaggi rilevanti. Tra le affezioni croniche del polmone, l'*enfisema* si traduce sullo schermo per un'esagerazione della trasparenza che poco o nulla varia in rapporto alla respirazione, e per un aumento di grandezza con deformazione del campo aereato; gli spazi intercostali sono più ampi, la curva diaframmatica è diminuita, le escursioni limitate. La *sclerosi* polmonare appare invece radioscopicamente sotto l'aspetto di riduzione della trasparenza e della grandezza; funzionalmente con una invariabilità dei diametri nei due tempi respiratori. La sclerosi circoscritta si rivela come un opacamento diffuso, uniforme e il suo rilie-

vo può stabilire la diagnosi retrospettiva di lesioni antiche.

È sopratutto nella tubercolosi polmonare che l'indagine radiologica può essere utilizzata con vantaggio: essa dovrebbe essere richiesta in ogni caso: specialmente nelle forme iniziali, nei casi dubbi, anche solo sospetti, il criterio radiologico, pur rimanendo sempre subordinato al reperto clinico, deve essere tenuto in gran conto.

Come clinicamente ognuno riterrebbe per lo meno azzardato porre senza riserve la diagnosi di lesione specifica quando, côme talvolta accade, l'ascoltazione rimane silente di fronte ad un reperto di percussione probativo, o inversamente, perchè l'un mezzo serve di controllo all'altro, non si comprende perchè non debba ritenersi altrettanto utile e necessario controllo l'indagine radiologica quando è dimostrato che essa svela talvolta forme iniziali e latenti, che non danno segno clinico nè stetoscopico; è pur vero anche il contrario che cioè talvolta, raramente però, in forme iniziali con leggieri segni clinici probativi, l'indagine può riuscire infruttuosa, ma sarebbe una cosa eccezionale che nel metodo radiologico possedessimo l'unico metodo che avesse a non dividere con tutti gli altri incertezze ed errori. Anche nelle forme clinicamente conclamate il suo valore non è minore, poichè permette di stabilire una topografia esatta delle lesioni, di seguirne l'evoluzione, di sorprendere le eventuali complicazioni, confermando i rilievi clinici, spesso aggiungendone di nuovi.

Nelle forme iniziali l'indagine si rivolge in particolar modo agli apici, all'ilo, al diaframma; è dall'esame e dallo studio comparativo delle alterazioni che si rilevano in queste tre sezioni dell'apparato polmonare, che può essere radiologicamente permesso di concludere in senso positivo o negativo nelle lesioni iniziali; e soltanto quando queste conclusioni collimano coi dati clinici, la diagnosi acquista un valore indiscutibile: se i rilievi radiologici sono evidenti, e i rilievi clinici dubbiosi, la diagnosi si può fare ugualmente con criterio di grande probabilità.

L'esame dell'apice è un'indagine sempre molto delicata: l'apice compromesso appare rispetto all'altro opacato; se l'opacità non è uniforme, e si rilevino punti oscuri alternatisi a zone chiare, il rilievo assurge ad alto valore; una buona radiografia, limitata alla regione è sempre opportuna per precisare meglio le particolarità. Un reperto negativo limitato agli apici non è sufficiente per assicurare che essi sono sani: l'esame deve del resto estendersi oltre che all'apice anche al rimanente parenchima polmonare. L'ilo, nella tubercolosi polmonare, offre alterazioni quasi sempre precoci, che si traducono in un maggior rilievo della sua ombra, che diventa più visibile e meno omogenea, più larga e allungata irregolarmente più verso l'alto o più inferiormente. Queste alterazioni dell'ilo possono ritrovarsi, specialmente nell'adulto, associate a tante altre affezioni di organi vicini e lontani; ma coesistendo con alterazioni apicali, il rilievo acquista un valore particolare. Il diaframma dal lato ammalato compie escursioni più limitate rispetto al lato sano: il fenomeno è variamente spiegato; esso è però bene accertato.

Quando l'affezione è estesa, clinicamente conclamata, l'indagine fornisce tutta una serie di quadri differenti, svariatissimi, corrispondenti alle svariate forme sotto le quali clinicamente il processo morboso può svolgersi: accanto ad opacità discrete, possono ritrovarsi le opacità più assolute sia per intensità sia per estensione; le localizzazioni più varie, le forme più imprevedute possono rivelarsi sullo schermo; il termine di «marezzatura» esprime bene l'immagine radiologica quando le ombre dei focolai sono disseminate, di valore differente, separate le une dalle altre da intervalli brevi, più chiari. Quando ombre anormali hanno sede in tutti e due i lati, predominano di solito dal lato primitivamente colpito; in generale le ombre anormali hanno sede più frequente all'apice o alla regione ilare, e si estendono a poco a poco alle regioni inferiori. Questi dati schematici possono trovarsi di volta in volta anche invertiti, e le complicazioni, che quasi sempre accompagnano l'affezione nel suo decorso, possono spesso modificarli.

Le caverne polmonari si presentano ordinariamente sotto forma di bolle chiare, di trasparenza maggiore di quella del tessuto sano, più o meno arrotondate, delimitate tutt'attorno da una zona di reazione opaca; solitamente sono ben rilevabili, e spiccano con evidenza sulla lastra radiografica: talvolta però il loro aspetto può anche non essere così caratteristico, quando siano in mezzo a parenchima intensamente opaco, o per infiltrazione calcarea delle loro pareti ispessite; influisce pure sulla visibilità il loro stato di replezione o di vacuità.

Non mi dilungo oltre sull'argomento della tubercolosi polmonare perchè entrare in dettagli vorrebbe dire scrivere un trattato; non ritorno neppure ad affermare l'importanza dell'indagine di fronte alle numerose complicazioni — se così è lecito esprimersi — che pos-

sono presentarsi nel suo decorso: poussées congestizie, pneumoniti, pleuriti, sia della grade cavita, sia saccate e a localizzazione varia, pneumotorace a insorgenza brusca e grave; di queste affezioni ho già accennato particolarmente più sopra. E del resto l'utilità pratica dell'impiego dei raggi X nello stabilire di concerto con la clinica la diagnosi e la prognosi della tubercolosi polmonare, in ogni momento della sua evoluzione, non ha bisogno di altre parole per essere confermata: il metodo non può coscientemente essere trascurato.

Tra i processi polmonari cronici accenno ancora alla sifilide e alla micosi che possono essere radiologicamente confermate per la presenza di ombre anormali. Nella sifilide polmonare l'indagine permette di seguire la rapida e progressiva scomparsa di queste ombre sotto l'influenza della cura specifica.

Tumori. — La pleura, il polmone, il mediastino possono essere sede di tumori sia primitivi che secondari; la forma anatomica può essere varia: carcinoma, sarcoma, ecc. In qualche caso non dànno allo schermo che ombre diffuse senza nulla di peculiare; altre volte le immagini radioscopiche attirano l'attenzione per certe particolarità di forma e di limitazione, cosicchè l'indagine minuziosa aggiunta alle note cliniche può riuscire decisiva per la diagnosi.

Nei tumori della pleura si ha sovente il reperto della pleurite con versamento, poco o nulla dissimile da quello della pleurite comune. I tumori del mediastino si rilevano per un ingrandimento, che può raggiungere gradi considerevoli, dell'ombra mediana, a contorni irregolari, festonati, poco delimitabili; l'ombra rimonta per lo più in alto al disotto delle clavicole.

Nei polmoni possono aversi aspetti vari: il cancro lobare primitivo del polmone è caratterizzato da un'ombra in generale molto estesa, occupante tutto un lobo, nettamente delimitata dalle zone chiare normali sopra e sottostanti; l'immagine presenta una certa analogia con l'ombra pneumonitica, non è però così intensa, nè omogenea. Nella forma nodulare, secondaria, lo schermo svela l'esistenza nel campo polmonare di ombre multiple, arrotondate, a contorni netti, quasi fossero corpi estranei, in pieno parenchima pressochè normale, o in vicinanza dell'ilo. Il tumore polmonare che si origina dai grossi bronchi assume spesso l'aspetto di ombre ramificate partenti dalla regione dell'ilo ed invadenti più o meno il campo polmonare. Accanto a queste forme, ben individualizzate dal punto di vista radiologico, altre ne esistono meno individualizzabili sullo schermo, ma in ogni caso l'indagine, quando proceda in stretta collaborazione con la clinica, può rendere preziosi servigi.

Accenno da ultimo alla cisti idatidea del polmone, per l'accertamento della quale troviamo nell'indagine radiologica il mezzo si può dire elettivo: questi tumori si riconoscono allo schermo per particolarità d'immagine che non si trovano in altre evenienze: un'ombra di dimensione varia, talvolta considerevole, spicca netta nella trasparenza del polmone, a contorni talmente regolari e curvilinei, da sembrare tracciati col compasso; la diagnosi topografica può essere stabilita con precisione. Difficoltà possono insorgere quando una cisti voluminosa ha sede alla base del polmone destro: non sempre può decidersi se è interessato il polmone o il fegato sottostante. I dati che ho riferito rispecchiano naturalmente la cisti idatidea allo stato chiuso; quando essa s'è vuotata per vomica, l'indagine clinica prende il sopravvento sull'indagine radiologica, perchè nella vomica stessa quella trova gli elementi della diagnosi, mentre talvolta nessun segno caratteristico questa scopre nel campo polmonare. Qualche volta invece anche il reperto radiologico della cisti, parzialmente o totalmente svuotata, persiste con caratteri peculiari, in quanto è dimostrabile sullo schermo l'immagine di una cavità a contenuto idro-aereo, o di una cavità del tutto vuota che appare come un anello.

Cuore e grossi vasi. — L'ombra mediana del torace, relativa al cuore e grossi vasi, si lascia con tutta facilità riconoscere sullo schermo fluorescente e sulla lastra sensibile per la sua forma particolare: due archi la limitano a destra; quello superiore corrisponde alla vena cava discendente o alla porzione ascendente dell'arco aortico, quello inferiore all'auricola destra. A sinistra gli archi sono tre: il superiore corrispondente all'arco aortico, il medio alla polmonare e auricola sinistra, l'inferiore al ventricolo sinistro; così in posizione ventrale, e, con poche varianti, anche in posizione dorsale del soggetto. Le pulsazioni da cui sono animati questi archi sono distintamente visibili non solo, ma ancora è rilevabile l'alternanza tra i battiti delle varie sezioni del cuore e quelli della polmonare e dell'aorta. — In posizione nettamente trasversa del torace, da destra a sinistra, il cuore si disegna sullo schermo secondo il suo diametro trasverso, limitato posteriormente dallo spazio prevertebrale, trasparente ai raggi, e dal profilo dell'ombra sternale anteriormente; cosicchè un aumento del-

l'organo secondo questo diametro si rileva per la diminuzione conseguente dello spazio chiaro retrocardiaco. Questa posizione permette ancora, con leggiere variazioni, di portare l'esame sull'aorta toracica discendente che viene appunto a proiettarsi nello spazio chiaro prevertebrale. In posizione intermedia tra la trasversa anzidetta e la vertebrale, si può essenzialmente ispezionare l'arco e la porzione aortica ascendente. Altre posizioni di minor importanza possono essere eventualmente utilizzate caso per caso nell'esame del cuore e grossi vasi, quando siano rilevabili fatti anormali. L'ombra relativa ai vari segmenti dell'apparato cardio-vascolare, raggiunge il massimo d'intensità sul cuore, è un po' minore sul peduncolo vasale.

L'utilità pratica dell'indagine radiologica applicata all'ispezione di questo centro di vitale importanza è sempre grande, ma differisce nella sua portata a seconda che si consideri il cuore, o piuttosto i grossi vasi, e tra questi essenzialmente l'aorta. A parte quel po' di artificioso che può rilevarsi in questa distinzione tra cuore e vasi, dato che l'alterazione dell'un segmento si ripercuote quasi immancabilmente sull'altro, può tuttavia affermarsi che la clinica, la quale domina nettamente tutto quanto è rilievo sul cuore, trovando nell'indagine radiologica in ogni caso un appoggio e un valido controllo, trova invece per quello che riguarda l'aorta, oltre un efficace controllo, talvolta l'unico mezzo per ammettere dati di fatto che senza i raggi X rimarrebbero allo stato di dubbio più o meno fondato. Volume, forma, posizione, modalità di pulsazione del cuore sono i dati che lo schermo consente di indagare direttamente e con tutta rapidità in ogni caso; nelle variazioni di questi dati si riassumono e su di esse si fondano pure le conclusioni cliniche a conferma e completamento del reperto ascoltatorio e palpatorio. Sarebbe superfluo dilungarsi a descrivere i quadri che l'esame rileva in rapporto alle varie alterazioni valvolari del cuore e dei vasi: è ovvio comprendere che se l'indagine permette di rilevare distintamente la linea di contorno del cuore allo stato normale, la pulsazione che l'anima, permetterà pure di rilevare la deformazione della linea stessa, l'anormalità della pulsazione, quando i segmenti relativi sono alterati per l'esistenza di un vizio organico. Uno o più segmenti dell'organo, conseguentemente all'esistenza di un'alterazione valvolare, possono essere aumentati di volume più per ipertrofia o più per dilatazione, o per l'uno e l'altro fatto combinati: sullo schermo l'anormale aspetto della linea, corrispondente al segmento in questione, permette di distinguere talvolta con sicurezza, quasi sempre con grande approssimazione se il suo aumento di volume è riferibile piuttosto ad ipertrofia o a dilatazione, dalla accentuazione maggiore o minore della curva che delimita il segmento stesso, dall'aspetto che può assumervi la pulsazione.

Un cenno speciale meritano le modificazioni di volume dell'auricola sinistra, poichè clinicamente i vari metodi escogitati da illustri clinici non eliminano talvolta del tutto i dubbi semeiologici; i precisi metodi moderni di radiologia (ortodiagrafo, teleradioscopia, teleradiografia) concludono ad un esame obiettivo delle alterazioni relative all'auricola sinistra che esclude gli errori di apprezzamento; seri studi comparativi sul valore delle due modalità d'indagine in rapporto a tale quesito diagnostico hanno fornito la prova sperimentale della superiorità del metodo radiologico.

Per rispetto alla posizione del cuore, nei gradi leggieri di destro, sinistro-cardia, nessun altro mezzo consente di meglio individualizzarle più dell'indagine radiologica. A questo proposito merita di essere ricordata la parte che i raggi hanno avuto nello spiegare il meccanismo della deviazione del cuore, questione già tanto controversa, confermando che il cuore, nel caso, per esempio, di abbondanti versamenti della pleura di sinistra, è spinto in massa al lato opposto, e che non subisce, come taluno credeva, un movimento di torsione sul suo asse, per cui, la base restando pressochè ferma, fosse sopratutto la punta che si spostasse, descrivendo un arco di cerchio; il cuore si sposta conservando la sua direzione.

Per riguardo alle indagini sul volume del cuore i raggi X permettono di seguirne graficamente con precisione le variazioni: così si può controllare ad esempio rigorosamente l'effetto della terapia digitalica in un cuore dilatato: l'ortodiagrafo ne può rendere in ogni momento l'immagine precisa.

Un versamento nel cavo pericardico si può rivelare all'indagine anche per modiche quantità di liquido; quando se ne trovi in discreta quantità appare sullo schermo un'immagine altrettanto caratteristica, quanto il tracciato che sul torace disegna clinicamente la percussione; altri rilievi confermano la presenza dell'anormalità nei suoi particolari. — La sinfisi pleuro-pericardica si traduce sullo schermo per la presenza di un contorno sfumato irregolare rilevantesi specialmente nella profonda inspirazione; esso appare sovrapposto alla linea

cardiaca che si disegna meno nettamente nel tratto ove esiste l'alterazione.

L'aorta, nelle sue varie sezioni, può essere efficacemente ispezionata, come abbiamo visto, mediate opportune variazioni di posizione del torace durante l'esame. Ectasie cilindriche di modico grado dell'aorta ascendente, possono già mettersi in evidenza coi raggi, per la constatazione diretta dell'ingrandimento della sua ombra; un aumento del grado di opacità può permettere di riconoscere un anormale stato di calcificazione, quando ancora clinicamente non può che elevarsi un sospetto. Gli aneurismi dell'aorta toracica sono pure il più sovente ben rilevabili: la loro ombra di intensità uniforme, arrotondata e a contorno netto, a volte pulsante in rapporto con la contrazione ventricolare, bene si differenzia da tumori di altra natura; anche quando, come può darsi, i margini non sono nettamente pulsanti o manchi anche del tutto la pulsazione, la serie degli esami in varie posizioni del torace, riesce per lo più a dimostrare gli intimi rapporti che il tumore contrae con l'aorta; questi rapporti ci fanno nella maggior parte dei casi riconoscere a quale segmento dell'aorta toracica appartiene l'aneurisma. L'aorta addominale non è che raramente ispezionabile ai raggi, poichè è rarissimo che le condizioni di trasparenza siano tanto favorevoli da poterne consentire la visibilità.

Degli altri grossi vasi intratoracici, l'ispezione sulla polmonare può limitatamente fornire utili rilievi, specialmente in riguardo a vizi congeniti: stenosi della polmonare, perforazione del setto interventricolare, persistenza del dotto di Botallo.

Corpi estranei. — La ricerca e la localizzazione dei corpi estranei è purtroppo argomento di attualità, al quale non v'è radiologo e non radiologo non abbia avuto più d'una volta l'occasione di interessarsene in questi tempi: questo mi permette di essere breve.

I corpi estranei, che più frequentemente richiedono l'impiego dei raggi, sono di solito metallici o calcarei; meno frequentemente legno od altre sostanze: i primi sono visibili per quanto anche piccoli, i secondi sfuggono se profondi, e anche superficiali nelle parti di spessore considerevole, perchè dànno un'ombra tenue o nulla.

Un corpo estraneo, penetrato violentemente, lascia dietro di sè le traccie del suo passaggio per lesioni di organi e tessuti: lo schermo e la lastra possono svelarle e la loro conoscenza serve inoltre da guida preziosa per l'intervento. Quello che più importa precisare, una volta accertata la presenza del corpo estraneo, è la localizzazione esatta ed essenzialmente anatomica: al chirurgo il radiologo deve risolvere questo problema, per essergli veramente utile; i raggi aiutano in modo meraviglioso questa indagine topografica. È pure di grande utilità il poter determinare la profondità del corpo estraneo rispetto a un punto della cute, nella regione di presenza del corpo stesso, e i raggi permettono di stabilirla fino a precisione di millimetri; ma per quanto utile questo criterio, non raggiunge l'utilità pratica del precedente, che è anche più arduo a stabilire; sovente l'indagine deve protrarsi a lungo, in posizioni varie, sotto varie incidenze della regione ove ha sede l'oggetto, ricorrendo caso per caso a espedienti di tecnica adatti, e alcune volte dopo un minuzioso e paziente esame radioscopico, lo studio deve ancora essere portato sulle lastre radiografiche.

La determinazione di profondità ha fatto fiorire in Italia e fuori tutta una quantità di metodi più o meno ingegnosi: numerosi sono gli apparecchi che permettono di espletare in pochi minuti la determinazione stessa: ricordo tra quelli italiani gli apparechi Baese, Maragliano, Ghilarducci, Coleschi, Mignacca.

Sembra offra buoni rilievi topografici la radiografia stereoscopica, ma non ha preso da noi uno sviluppo apprezzabile.

Agli ottimi vantaggi, di cui il metodo è largo in questo campo, si aggiunge ancora la possibilità dell'estrazione del corpo estraneo sotto la guida diretta dell'indagine, che nei casi difficili può sempre essere combinata al momento operatorio.

* * *

Nell'esporre i resultati pratici, cui l'indagine radiologica può arrivare, ho avuto essenzialmente di mira di fornire al collega non famigliarizzato col metodo un indirizzo generico, a meglio approfittare di esso nelle contingenze della sua pratica quotidiana. I raggi X sono un ottimo mezzo d'indagine, e si può affermare ad essi una certa superiorità sugli antichi metodi; non è tuttavia una superiorità assoluta: essa è in gran parte apparente, poichè da un lato i raggi Röntgen non hanno dei vecchi metodi clinici l'esperienza, in secondo luogo è sulla base soltanto degli insegnamenti di questi che essi possono spiegare con vero profitto tutta la loro attività.

L'interpretazione razionale e giudiziosa di un'immagine, sia sullo schermo fluorescente sia sulla lastra sensibile, non può essere fatta

che alla luce dei documenti anamnestici e clinici. Il paziente deve giungere al radiologo col corredo completo di questi documenti, e meglio ancora se il radiologo durante l'esame è assistito direttamente dal collega che ha studiato l'ammalato: l'operatore vedrà tanto meglio sullo schermo quanto meglio sarà indirizzato nella ricerca; sottoporre all'indagine un paziente corredato più o meno di una diagnosi generica, e colla illusione che l'indagine debba terminare con un diagnostico fatto e completo, è atto non ragionevole. Solo gli oracoli risolvono le questioni così. La radiologia è invece una scienza che non vanta nulla di soprannaturale; essâ vanta metodi di esplorazione che sono differentissimi da quelli in uso fino a pochi anni fa e forse sono più perfetti. Nei casi più facili la loro applicazione confermerà i dati clinici già raccolti, e anche in questi casi in cui parrebbe *a priori* superflua non dovrebbe essere mai trascurata, perchè è qui ove spesso riesce più interessante e ove mette in luce fatti imprevisti; nei casi più difficili potrà indicare il filo conduttore da affidare alla sagacia e all'intelligenza del clinico per orientare il diagnostico, talvolta in tutt'altro senso: in ultima analisi la diagnosi è quindi oggetto essenzialmente clinico. Se è necessario quindi che il radiologo debba essere medico, sarebbe anche giusto che tutti i medici fossero un po' radiologi; tale necessità del resto è da tempo sentita, come lo dimostra l'estensione che va prendendo l'insegnamento ufficiale di questa scienza: quanto più i medici s'interesseranno alla radiologia, tanto più sarà sentita la necessità della sua applicazione pratica come mezzo d'indagine, poichè l'utilità che ne deriva s'impone da sè, senza artifici.

DISCUSSIONI E COMMENTI.

A proposito di sdentati, di erniosi e di cardiopazienti

per il prof. GIOVANNI GALLI.

Nella Sezione pratica del *Policlinico* si è svolta una interessante ed utile polemica a proposito degli sdentati. I professori La Torre e Chiavaro con molta opportunità e buon senso hanno affermato essere necessario usare maggior rigore nel giudizio sugli sdentati, prima di riformarli dall'esercito. Il prof. Perna in un successivo articolo, pure comparso nella Sezione pratica (Fasc. 14), si dimostrava di parere non troppo favorevole alla revisione delle attuali disposizioni militari per la riforma degli sdentati. Fra i motivi addotti dal Perna perchè non sia modificato l'articolo 56 che riguarda gli sdentati, egli cita, anzi trascrive l'art. 101 dell'*Elenco francese;* ma egli nella sua citazione è in ritardo di più di un anno. La « Instruction sur l'aptitude physique au service militaire » del 15 dicembre 1915 è stata sostituita da un'altra « Instruction » del 20 dicembre 1916, in cui l'art. 101, citato dal Perna, è diventato l'art. 102, ora vigente, ed in forza del quale ben pochi sdentati — e solo in veramente cattive condizioni — possono venire riformati. Ecco l'articolo.

102. ALTÉRATION DES DENTS.

L'exemption et la réforme ne peuvent être prononcées que si la mastication est difficile et incomplète par suite de la perte ou de l'altération d'un grand nombre de dents, et si ce mauvais état de la denture s'accompagne de ramollissement, d'ulcérations et d'état fongueux des gencives (fin qui l'articolo 101 citato dal Perna) non susceptibles de guérison par un traitement approprié.

La perte d'un grand nombre de dents, lorsque les gencives sont saines, mais que la mastication est insuffisamment assurée, *peut* motiver le classement dans le service auxiliaire.

A titolo di comparazione devo aggiungere, che l'*Elenco germanico* considera gli sdentati dallo stesso punto di vista già nell'edizione 9 febbraio del 1909.

E giacchè cade a proposito, e riferendomi anche ad un articolo dell'illustre colonnello Trombetta comparso nel *Giornale di med. mil.*, 1917, III, aggiungo come nei due citati « Elenchi » le ernie non sono incompatibili col servizio armato; solamente « le ernie inguinali molto voluminose, irriducibili per aderenze o difficili a mantenere ridotte, con larga distensione del canale e dell'orificio esterno e debolezza quasi sempre concomitante della parete addominale anteriore, *entraînent la reforme* ».

Infine è pure opportunissimo accennare che, per ragioni d'interesse statale, bellico, e degli stessi pazienti, mi sembra necessario di rivedere l'art. 71 del nostro Elenco, riguardante le malattie della circolazione. L'esperienza da me fatta nel riparto speciale per militari cardiopazienti mi aveva già portato nella persuasione essere necessaria una modificazione dell'art. 71. Questa mia persuasione del criterio funzionale, come guida nel giudizio medico, esposi in una conferenza tenuta il decorso novembre ai medici militari di Roma e successivamente in un lavoro comparso nella *Riforma medica* ed in una comunicazione tenuta alla R. Accademia medica di Roma. Avendo avuto recentemente l'opportunità di prendere visione degli

Elenchi sopranominati e dell'Elenco svizzero — a parte il *memorandum* ufficiale del governo inglese, dettato da Sir James Makenzie (1) — constatai con piacere, come il mio modo di vedere aveva già effettuazione in quattro potenti eserciti. Comunicazioni verbali della Missione militare russa mi hanno fatto poi conoscere, come anche l'Elenco russo tiene ora più presente il criterio funzionale e che i cardiopazienti sono utilizzati nell'Esercito, assegnandoli a posti adatti.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia in Bologna.

IVª seduta; 4 marzo, ore 15.

Seguito delle comunicazioni sulle ferite con lesioni delle ossa e delle articolazioni.

Protesi cinematica per amputazione parziale della mano.

DELITALA FRANCESCO. — L'O. richiama in modo particolare l'attenzione sulla differenza sostanziale che esiste tra un disarticolato della radiocarpica e uno della carpo-metacarpica. La differenza fra i due tipi di mutilazione è notevolissima: nei primi, perchè una mano artificiale abbia movimenti attivi, bisogna ricorrere a meccanismi complicati mossi dal gioco delle articolazioni vicine, quali il gomito e la spalla; nei secondi un semplice tirante, al quale venga comunicato il movimento del corpo, può bastare a chiudere ed aprire le dita della protesi con una forza, una elasticità ed una semplicità sorprendenti. L'individuo non solo impara a servirsi della protesi in pochi giorni nei movimenti abituali della vita, ma può lavorare e compiere persino degli atti che richiedono un certo dispendio di forze.

In uno dei tre casi, che l'O. presenta, le dita della mano possono essere tenute in flessione, nell'atto di stringere un oggetto, per un quarto d'ora, senza che il mutilato avverta senso di stanchezza. La forza di prensione raggiunge in un caso i 3 kg., negli altri due i 4 kg., cioè a dire oltre la metà della forza che possono esplicare nel movimento della pinza le dita della mano sana.

Con protesi più perfetta, poichè quella dall'O. applicata rappresenta un tipo economico, misto, fra la protesi da lavoro e quella estetica, si può raggiungere una forza di prensione anche maggiore.

Questo notevole sviluppo di forza da parte del moncone si spiega col fatto che al suo apice si inseriscono tutti i muscoli dei piani superficiale e profondo anteriore dell'antibraccio; quindi si sommano la forza di flessione del carpo e quella delle dita.

Fra questi due tipi di monconi (carpo completamente mobile al polso, carpo rigido) esistono numerosi gradi di passaggio, ma tutti più o meno utilizzabili efficacemente per la protesi.

Comunicazioni sulle ferite con lesione dei nervi.

Patogenesi e cura delle paralisi del nervo radiale nei feriti d'arma da fuoco del plesso vascolo-nervoso ascellare.

RUGGI GIUSEPPE (Bologna). — L'O., avendo osservato clinicamente la paralisi del nervo radiale nella grande maggioranza delle ferite nerveo-vascolari dell'ascella, ha fatto ricerche nel passato anno 1916 su 9 soggetti curati chirurgicamente e su un decimo caso venuto a morte per complicazioni toraco-addominali, dipendenti dalla ferita stessa.

Ad onta della paralisi del nervo radiale, la quale in ciascun caso era clinicamente evidentissima, 2 sole volte, sui 10 casi esaminati, l'O. trovò il predetto nervo direttamente offeso dal proiettile, e fra questi una sola volta in modo assai sensibile. L'O. pone innanzi ragioni anatomiche e fisiologiche a spiegazione del fatto.

Fra le prime ricorda l'origine del nervo radiale con molteplici rami dalla 5ª-6ª-7ª-8ª radice cervicale. Secondo l'O. un proiettile che attraversi l'ascella, anche se non ferisce il nervo radiale, deve, per il fatto stesso delle vibrazioni trasmesse ai tessuti, far risentire una azione di inibizione, talvolta di vera commozione sopra tutti i nervi del plesso ascellare stesso, con prevalenza sul nervo radiale. E ciò tanto per il fatto in sè e per le condizioni anatomiche sopra accennate, quanto per l'influenza che si manifesta sulla funzione dei muscoli che dal nervo radiale sono animati. Infatti i movimenti che devono compiere i muscoli innervati dal nervo radiale da una parte e dall'altra quelli animati dal nervo mediano e dal cubitale, richiedono sforzi differenti.

Per delucidare questo differente sforzo presenta un pezzo anatomico, col quale ricorda e contemporaneamente dimostra che la estensione e la flessione dorsale della mano sono affidate ai due muscoli radiali esterni e al cubitale posteriore, innervati dal radiale. Detti muscoli, per sollevare la mano che sta in flessione palmare, debbono compiere un grande sforzo. Infatti i due radiali esterni, attaccati alla parte alta e posteriore del 2° e 3° metacarpo, ed il cubitale posteriore attaccato alla parte alta e interna del 5° metacarpo, debbono agire in modo assai obliquo, strisciando sull'osso, e muovere una leva di terzo genere, il cui braccio breve è prossimale e in alto, il braccio lungo e distale è in basso. Si compie cioè un movimento che l'O. chiama *di forza*, qualora si voglia paragonare a quello di flessione della mano e che chiama *di riposo*. Così pure per l'O. è *movimento di forza* quello di supinazione della mano, mentre classifica *di riposo quello* di pronazione. Per quest'ultimo movimento l'O. fa osservare che, essendo la mano articolata al radio per mezzo delle ossa del carpo,

(1) GIOV. GALLI. *Il cuore dei soldati.* Policlinico, Sez. Prat., 1916.

si trova ad avere il suo asse di movimento in un punto eccentrico, per guisa che la mano stessa, lasciata a sè, ricade naturalmente per il proprio peso all'interno; in questo movimento la mano trascina seco il radio, che ruota sul cubito, capace solo di movimenti di flessione e di estensione sull'omero.

Posto ciò, l'O. ritiene che anche una leggiera lesione del nervo radiale, capace di portare una semplice interruzione fisiologica del nervo, riesce sempre grave, dato ancora che un solo nervo (il radiale) si distribuisce a tutti i muscoli che determinano i movimenti di estensione e di flessione dorsale, nonchè di supinazione della mano, mentre per i movimenti opposti agiscono due nervi (il mediano e l'ulnare), che si possono in parte coadiuvare. Quindi maggior sforzo per il primo, che è solo a funzionare; assai minore sforzo per i secondi. In questo contrasto di cose e di elementi si comprende la facile e frequente compromissione della funzione del radiale, che si traduce con la caduta della mano e la mancata supinazione attiva.

La stessa spiegazione fisiologica l'O. vuole applicata, in alcuni casi, al nervo sciatico popliteo esterno, giudicato in generale più suscettibile di essere ferito a confronto con il tronco principale dello sciatico. Anche qui, secondo l'O., si renderebbe manifesto un fatto meccanico, essendo il movimento di flessione dorsale e di valgismo del piede un *movimento di sforzo* e *di forza*: mentre gli opposti movimenti sarebbero di riposo, quindi più facili a compiersi in confronto con i primi. A parità di lesione, talvolta lieve, i fenomeni si manifesterebbero più gravi in funzione dei muscoli innervati dallo sciatico popliteo esterno, stante il movimento di sforzo ad essi affidato.

Sull'intervento precoce nelle lesioni dei tronchi nervosi per ferite da guerra.

MORO GIUSEPPE (Genova). — Considerati gli svantaggi e le difficoltà che si hanno spesso negli interventi tardivi (rapide ed irreparabili atrofie e degenerazioni muscolari, formazione di tessuto cicatriziale denso e abbondante, che rende difficile la preparazione del tronco leso e l'esatto apprezzamento della lesione), è opportuno, secondo l'O., intervenire precocemente quando dal percorso della ferita risulta che un tronco nervoso è stato gravemente leso, con immediata paralisi dei muscoli corrispondenti.

L'intervento precoce però va praticato soltanto nelle lesioni dei tronchi nervosi portate da ferite a decorso asettico (ferite da fucile, raramente ferite da shrapnell o da piccole scheggie); in quelle settiche devesi prima attendere la completa estinzione della sepsi.

L'O. a conferma di queste sue conclusioni indica i buoni risultati ottenuti in 12 casi da lui recentemente trattati coll'intervento precoce, riguardanti lesioni gravi del plesso brachiale (2 casi), del nervo ischiatico (4 casi), del nervo radiale (4 casi), del nervo cubitale (1 caso) e del nervo facciale (1 caso).

Sul reale valore della topografia fascicolare dei nervi periferici (secondo Stoffel) per l'esecuzione delle anastomosi dei nervi degli arti.

BARILE CESARE (Pisa). — Le ricerche di A. Stoffel sulla topografia fascicolare dei nervi periferici, di evidente importanza sotto il riguardo anatomico e fisiopatologico, sono anche di notevole utilità per alcune operazioni chirurgiche eseguibili sui tronchi nervosi; ma per l'esecuzione dell'anastomosi dei nervi non hanno, forse, il reale valore pratico loro attribuito da Stoffel e da altri.

Indipendentemente da ogni ragionevole riserva sugli effetti nocivi dell'elettrizzazione diretta (necessaria per identificare con sicurezza la funzione dei singoli fascetti del nervo sano su cui si deve innestare quello paralizzato) e sulle difficoltà pratiche per eseguirla correttamente e per valutarne talvolta i risultati, vi sono due gravi appunti da rivolgere al metodo dello Stoffel di anastomosi e a quegli altri che similmente utilizzano la topografia fascicolare:

1° L'interruzione permanente e completa di un fascetto motore sano;

2° La limitazione della possibilità di rigenerazione alle sole fibre motrici del nervo paralizzato, che, come quasi tutti quelli degli arti, è, d'ordinario, un nervo misto. È invece condizione essenziale, oltre che per il ricupero della sensibilità e del trofismo, anche per il *ripristino motorio utile* (antagonismi, associazioni, dissociazioni dei movimenti, ecc.), che si ottenga altresì la rigenerazione delle fibre sensitive, le quali servono ad avvertire ed orientare i centri cerebrali sui mutamenti di distribuzione avvenuti nelle vie periferiche per effetto dell'anastomosi.

Per evitare tali inconvenienti occorre utilizzare ampie e superficiali cruentazioni, interessanti fascetti motori e sensitivi del nervo sano, senza interromperne del tutto alcuno, come viene praticato nel metodo Barile (sezione circolare del perinervio e delle fibre nervose più periferiche; foggiamento a coda di rondine dell'estremo nervoso da innestare; intromissione di questa coda di rondine nella sezione circolare fatta sul tronco nervoso su cui l'innesto deve praticarsi; fissazione dell'estremo a coda di rondine con punti di seta sottile o di catgut perinervosi).

Per la protezione dei cordoni nervosi dalla costrizione cicatriziale, dopo che si siano praticati su di essi interventi chirurgici, l'O. raccomanda l'uso di strisce di membrana testacea di uovo (sterilizzata con l'ebollizione), dimostratasi mezzo utile sperimentalmente e clinicamente, e facile a procurarsi ed usarsi.

Disturbi circolatorii e nervosi a causa delle ferite d'arma da fuoco degli arti ed in ispecie dell'arto superiore.

DE PAOLI ERASMO (Genova). — Negli ospedali di riserva si osservano molti casi di ferite d'arma da fuoco con disturbi della circolazione e della innervazione degli arti, in cui è oltremodo difficile stabilire quale lesione, sia dei vasi che dei nervi, cor-

risponda alla complessa sintomatologia. Ciò è causato dal fatto che le due serie di disturbi funzionali si influenzano reciprocamente, aggravandosi.

Lo studio di questi casi rivela l'esistenza di tre tipi clinici diversi.

Nel primo si hanno i sintomi netti dell'offesa dei vasi e dei nervi ad un tempo. I vasi si rivelano occlusi, e si hanno i segni di una divisione completa o parziale dei tronchi nervosi. Quì i disturbi della innervazione e della circolazione si mostrano subito assai gravi e più rapidamente insorgono disturbi trofici nella cute, nel cellulare, nei muscoli, nelle fascie aponeurotiche e nello scheletro. In questi casi, se non esiste indicazione urgente ad intervenire, è bene intraprendere subito una energica cura fisica, destinata a riattivare la circolazione periferica ed a migliorare la nutrizione dei tessuti, rendendoli più atti a processi di riparazione e di rigenerazione. Mediante questa cura, prolungata almeno fino al terzo mese dalla ferita, si vedono spesso dissipati molti disturbi nervosi solo dipendenti dal disordine circolatorio, o da commozione nervosa locale o da commozione semplicemente riflessa, senza lesione materiale dei tronchi nervosi, mentre rimangono immutati i disturbi causati dalle lesioni non guaribili spontaneamente. Trascorso questo periodo, così quando la diagnosi della duplice ferita dei vasi e dei nervi è sicura, come quando la diagnosi delle lesioni corrispondenti a questi varii elementi rimane affatto oscura, si deve intervenire.

L'intervento deve avere il carattere di operazione esplorativa, essere cioè praticato in modo da fornire una idea esatta dello stato dei vasi e dei nervi offesi, ricordandosi in ispecie che la loro lesione avviene spesso a distanza dal tragitto del proiettile, sia al disopra che al disotto di questo. Per farsi tale esatta idea è quasi necessaria l'emostasi preventiva con fascia elastica, per quanto i chirurgi tedeschi la sconsiglino negli interventi sui nervi.

In un secondo gruppo dei proprii casi con disturbi nervosi e circolatorii ad un tempo l'O. notò una assoluta prevalenza di questi su quelli e si potè persuadere, sia con l'osservazione clinica, sia mediante il reperto operatorio che, mentre le arterie erano state ferite, non si era avuta lesione alcuna dei tronchi nervosi più o meno gravemente paralizzati. Analoghe osservazioni sono riferite dal Soncert nella sua «Chirurgia dei vasi sanguigni», dal Kirschner ed ultimamente dal Mertens. Il professor Ruggi (v. sopra) ha riferito molte osservazioni di paralisi del radiale in caso di ferita dei vasi ascellari senza lesione apparente del nervo. Che la ferita dei vasi ascellari eserciti una speciale influenza sul nervo radiale pare all'O. spiegato dalla presenza dei vasi omerali profondi, che accompagnano per lungo tratto il tronco nervoso là ove si avvolge attorno alla diafisi omerale. Sintomatologicamente questi casi sono caratterizzati: dalla mancanza lungo i tronchi nervosi di punti di forte dolorabilità o di tumoretti sensibili alla pressione, i cosiddetti neuromi, che dimostrano l'esistenza di una loro divisione totale o parziale; dalla diffusione della paralisi di disuguale intensità a pressochè tutti i tronchi nervosi, per modo che nessuno fra di essi risulta paralizzato completamente; dalla sproporzione notevole fra i disturbi della motilità e quelli della sensibilità, per modo che ora gli uni ed ora gli altri prevarrebbero; dalla prontezza con cui almeno una parte dei disturbi nervosi stessi si attenua sotto l'influenza delle cure fisiche, che modificano la circolazione periferica, come ad es. il bagno caldo prolungato, il bagno di luce, il massaggio, ecc.

Il terzo gruppo, anche più numeroso di casi, è dato dai feriti con lesione dei nervi periferici, in cui si hanno pure disturbi notevoli della circolazione senza che i vasi siano stati offesi. Esaminando con attenzione il polso delle arterie di questi feriti, anche meglio, studiando i tracciati della distensione arteriosa nei varii segmenti dell'arto ferito e del sano si riconosce che si hanno spesso alterazioni transitorie del polso, che muta di forza e di frequenza da un momento all'altro, ma che talora si hanno pure alterazioni durevoli della tonicità della parete del vaso, che possono estendersi anche ai vasi delle altre regioni ed esercitare una influenza sull'intero circolo arterioso ed anche sul cuore. Si tratta qui di un campo di ricerca pressochè inesplorato, che potrebbe riuscire fecondo di osservazioni interessanti. Con ricerche pazienti ed accurate si potranno col tempo precisare meglio i rapporti che esistono fra innervazioni e circolazione periferica e stabilire in qual modo agisce sull'arteria concomitante la ferita del nervo che le fornisce fibre vasomotorie e trofiche.

Considerazioni su alcuni interventi operativi nelle lesioni dei nervi periferici per ferite di guerra.

D'AGATA GIUSEPPE (Firenze). — L'O. insiste nella necessità, reclamata specialmente in Italia dal Burci e dal Golgi, d'associare al chirurgo il neuropatologo, affinchè lavorino intelligentemente in mutua cooperazione. Solo così si avranno risultati buoni e attendibili nella chirurgia dei nervi.

L'O. richiama l'attenzione su di uno speciale *hersage* del nervo, non nel senso di scarificare longitudinalmente il tronco nervoso, come è stato proposto e attuato da alcuni chirurgi in Francia, ma di praticare un'insufflazione d'aria tiepida nello spessore del nervo leso, precedentemente messo allo scoperto, in modo tale da renderlo enfisematoso.

Questa pratica, preceduta (allorchè il caso lo richiede) da una bene eseguita neurolisi, e seguita da un'iniezione intratronculare di uno o più centigrammi di cocaina-stovaina in soluzione isotonica ha fornito all'O. buoni risultati in quei casi di algie o di contratture, per ferite di arma da fuoco, che l'esperienza di altri ha dimostrato ribelli a tutte le cure.

Discussione sulle ferite con lesione dei nervi.

DE PAOLI. — A Lusena e Cappelli osserva che non è sempre necessario asportare completamente i neuromi. Se l'escissione del tronco nervoso deve

essere molto estesa a causa di un neuroma molto prolungato e l'affrontamento dei monconi sia impossibile, alle suture mediate e ai corpi estranei giudica preferibile lasciare lembi linguiformi tagliati sulla parte più superficiale e di aspetto meno alterato del neuroma stesso. Ebbe, procedendo in questo modo, risultati incoraggianti.

Non crede che la neurolisi dia risultati più lenti della sutura. Giudica opportuna l'esplorazione precoce delle ferite da arma da fuoco, quando in ispecie si abbia sospetto di lesione dei vasi e dei nervi. Essa risparmierà al malato sofferenze e pericoli, e gravi difficoltà diagnostiche ed operatorie a chi dovrà in seguito curarli.

MINERVINI. — È d'accordo con il De Paoli nello sconsigliare l'asportazione sistematica dei neuromi terminali o laterali; nei casi nei quali l'asportazione del neuroma renda difficile l'affrontamento dei capi del nervo, si può lasciarlo, recentandone opportunamente l'estremo ed utilizzandolo nella sutura.

Ritiene poi che la rigenerazione nervosa, in seguito alla sutura, si compia ordinariamente in tempo assai più breve di quanto risulti dalle comunicazioni di qualcuno degli oratori: bastano di solito 2 o 3 mesi perchè la neurotizzazione del moncone periferico sia completa fino alle estreme terminazioni del nervo; clinicamente, però, talvolta gli effetti della rigenerazione diventano evidenti assai più tardi, e ciò si intende agevolmente se si considera che per la ricomparsa della contrattibilità dei muscoli, quando questi erano già degenerati od alterati nella loro nutrizione, occorre prima il tempo necessario alla loro ricostituzione.

ROCCHI. — Prende occasione dalla comunicazione del prof. Cappelli riguardante le difficoltà dell'esame istologico del tessuto nervoso per far conoscere un metodo speciale di esame della mielina dei nervi.

La mielina del sistema nervoso è fra le sostanze birifrangenti, perchè composta di lipoidi allo stato cristallino fluido. Il pezzo da esaminare fissato in formolo viene sezionato al microtomo congelatore e le sezioni sono incluse in gomma-sciroppo. L'esame delle sezioni al microscopio polarizzatore dimostra tutte le finezze della mielina della fibra nervosa che solo difficilmente si possono vedere coi classici metodi. Se la sezione di una biopsia di nervo leso, osservata col polarizzatore, appare illuminata, si ha un dato sicuro per ammettere la esistenza di fibre nervose mieliniche: se appare oscura, si deve ammettere l'assenza di tali fibre.

VERGA. — Non è d'accordo con il Ruggi sulla somiglianza fra mano caduta con nervo radiale integro e piede caduto, in quanto per i piedi ciondolanti è ormai dimostrato che il fenomeno è sempre legato a lesioni almeno parcellari dello sciatico, spesse volte in alto. Del resto la clinica ci offre un mezzo sicuro per distinguere tra mani o piedi caduti per vere lesioni nervose e mani e piedi caduti anche in assenza di tali lesioni: l'esame elettrodiagnostico.

Al Lusena dice poi che non sono da incoraggiare le resezioni e suture nervose in casi di nevriti; al Moro che l'intervento precoce può facilmente esporre ad operare lesioni suscettibili di guarigione spontanea: nulla invece si perde attendendo la scomparsa dei fatti di paralisi o di paresi di natura semplicemente funzionale.

LUSENA. — Il prof. Ruggi ha detto che concorrono a formare il nervo radiale sorgenti dalla 5ª cervicale alla 1ª dorsale. Ciò è vero per la parte sensitiva, trofica, vasomotoria e secretoria, ma non per la parte motoria, a costituire la quale entrano la 5ª, 6ª e 7ª radice cervicale e per nulla affatto l'8ª cervicale e la 1ª dorsale. Inoltre è da tener presente che la 5ª e la 6ª cervicale dànno semplicemente le fibre nervose per il nervo del lungo supinatore, ond'è che nelle paralisi del radiale, se il lungo supinatore è integro, si diagnostica una lesione della 7ª radice cervicale; se è leso unicamente il lungo supinatore si ha la cosiddetta sindrome di Erb; se sono paralizzati o paretici tutti i muscoli innervati dal radiale si diagnostica una lesione del tronco vero del radiale e non una lesione delle radici.

ISNARDI. — Poichè gli interventi per paralisi del radiale dànno risultati aleatorii e poichè gli apparecchi costruiti per correggere questa paralisi (doccie palmari di alluminio, guanti con tiranti elastici, ecc.) o sono costosi o ingombranti o non rispondenti allo scopo, l'O. propone di fare per la mano un intervento simile a quello che si suol praticare per le paralisi infantili dell'arto inferiore, cioè una plastica tendinea. (V. *Policlinico*, Sez. Prat., 1917, n. 12).

TONARELLI. — Espone molto sinteticamente il frutto della propria esperienza in materia di chirurgia delle lesioni nervose periferiche, specie in riguardo al modo e al tempo dell'intervento.

In riguardo al tempo, in opposizione ad altri molti, ritiene che si debba intervenire il più presto che sia possibile: 1° perchè è utilissimo ridare al più presto l'innervazione alle parti che ne sono state private dal trauma; 2° perchè quanto più presto si ristabilisce il flusso nervoso, tanto più facile sarà la reintegrazione funzionale della parte lesa; 3° perchè operando in primo tempo l'intervento è più facile; 4° perchè in primo tempo non sono ancora intervenute le supplenze funzionali e la motilità ricorrente a deviare il criterio diagnostico.

In riguardo al modo dell'intervento in caso di neuromi, crede convenga resecare e suturare, anzichè lasciare in posto i neuromi stessi, rappresentando questi un ostacolo al libero passaggio delle neofibrille nervose.

CAPPELLI. — In risposta alla osservazione del Rocchi insiste sullo scarso valore della biopsia operatoria in caso di lesioni nervose, in quanto, se si ritrovano guaine mieliniche normalmente colorate, non si ha la prova che negli altri fasci del nervo esistano condizioni normali come nel frammento prelevato per l'esame e viceversa. Inoltre l'esame a fresco così praticato può dimostrare una degenerazione walleriana apparente, perchè le fibre nuove in via di rigenerazione sono

costituite in sull'inizio da soli cilindrassi, senza guaine mieliniche.

Al prof. De Paoli risponde che non è partigiano dell'intervento sistematico, della resezione del neuroma, ma che, nella sua comunicazione, ha insistito sulla necessità di formulare, prima di accingersi all'atto operativo, una diagnosi esatta sulla pervietà o meno delle vie di conduzione nervosa.

Non condivide però il concetto di dissociare il neuroma e di lasciarne per lo meno la periferia per rinforzo alla sutura. L'interposizione fra i capi nervosi di tessuti fibrosi o l'affrontamento di una estremità fibroide all'altra estremità presentante una sezione di tessuto nervoso sano o il circondare la sutura con tessuti cicatriziali, di cui sarebbe appunto costituito un neuroma impervio, ecc., sono tutte condizioni che possono far fallire l'intento della rigenerazione.

Verga. — Ha sentito altri oratori favorevoli all'intervento precoce. Se questo concetto prevalesse si andrebbe certamente incontro a veri disastri. Sola indicazione ad un intervento precoce su di un nervo sarebbe il trovarlo leso durante operazioni fatte per altro scopo (sbrigliamenti, riparazione di lesioni vasali, ecc.).

Ceci. — Conviene perfettamente con le osservazioni fatte dal Verga, in quanto non vi è alcuna speciale ragione per affrettarsi ad operazioni per paralisi nervose, salvo che il nervo scontinuato non cada sotto l'osservazione immediata.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 25 febbraio 1917.

Presidenza del Prof. F. Durante.

Osservazioni sulla nuova patologia interna da freddo e da trincea negli operai e nelle truppe combattenti al fronte alpino.

Prof. U. Gabbi. — Richiama l'attenzione sulle nuove malattie degli eserciti in guerra, quali il «piede da trincea», la «febbre da trincea», la «nefrite da trincea», l'«ittero da trincea», ed illustra la epidemia di «porpora emorragica scorbutiforme» da lui studiata nelle nostre truppe e negli operai alla fronte. Accenna in principio alla «patologia da freddo» ed alle condizioni imposte all'organismo umano dalla guerra sulle Alpi. Traccia il quadro clinico della porpora emorragica, espone i suoi caratteri differenziali dallo scorbuto ed emette l'ipotesi della sua natura da virus ultra microscopico con argomenti di analogia e con la negatività dei reperti batterici e protozoici. Illustra quindi la patogenesi del sintoma emorragico la cui gravità fa anche dipendere dall'azione del freddo, dalla immobilità nelle trincee, dagli stati emozionali e dal regime alimentare.

Su tale argomento prende la parola il prof. Campana che espone alcune osservazioni da lui compiute non però nelle identiche località e che lo hanno portato a prendere in considerazione altre malattie, che contribuirebbero a provocare la crisi fenomenologica e tra queste la lues.

Sopra un caso di difficile ed esatta localizzazione radiografica di un corpo estraneo.

Prof. F. Ghilarducci. — Riferisce sulla localizzazione radiografica di un frammento di ago penetrato nella natica destra in una ragazza circa 17 mesi or sono. Questa comunicazione è stata da noi pubblicata nel fasc. 18 del 19 aprile c. a. (Osserviamo che le due riproduzioni delle radiografie, inserite nel fascicolo, non lasciano distinguere il minuscolo corpo estraneo, un po' per difetto di esecuzione, un po' per difetto della carta; valgono però a dimostrare il metodo ingegnoso tenuto dall'A.).

In merito al caso suddetto il prof. R. Alessandri fa osservare che esso non solo è uno dei più difficili radiologicamente, ma anche chirurgicamente, e che si deve alla esatta localizzazione radiologica se il frammento d'ago si è potuto rapidamente estrarre. Per quanto si riferisce al metodo del Ghilarducci, egli se n'è trovato sempre soddisfattissimo, poichè si è sempre valso di esso, e con successo, nei numerosissimi proiettili che ha avuto occasione di estrarre. Onde evitare lo spostamento del proiettile, dopo essersi diretto in vicinanza del punto localizzato, anzichè esplorare col dito, si serve di un lungo ago rotondo.

Ernia diaframmatica acquisita non traumatica sinistra, di gran parte dello stomaco, colon ed omento. Diagnosi - Operazione.

Prof. R. Alessandri. — Presenta un uomo di 37 anni operato da più di un anno per ernia diaframmatica acquisita.

Escludendo le ernie diaframmatiche congenite, di scarso interesse pratico e chirurgico, ricorda come le acquisite siano quasi tutte traumatiche recenti in seguito a ferite, prolassi più che ernie, senza sacco; qualche esempio ed anche casi operati ne sono riferiti pure fra i feriti della guerra presente. Vi è un certo numero anche di ernie in seguito a traumi antichi (ferite del diaframma non cicatrizzate o sfiancamenti di cicatrici di ferite).

Vere ernie acquisite non traumatiche sono rare; il modo di produzione non è chiaro. Nel suo caso i sintomi apparvero durante il servizio militare: non vi fu trauma nè sforzo notevole; d'improvviso un giorno, mentre mangiava il rancio, fu preso da dolore allo stomaco ed ebbe vomito alimentare. Gli stessi fatti si ripeterono ad ogni pasto. Trovava giovamento solo dopo lavande gastriche. E ha continuato così per quindici anni; non vi erano invece disturbi di defecazione; mai ematemesi, mai melena.

Accolto col sospetto di stenosi pilorica, si trovò lo stomaco sinistro posto sino alla linea mediana: inoltre nel torace di sinistra esisteva una zona a risuonanza di scatola, con limite convesso in alto sino alla 5ª-6ª costola sull'ascellare media; il cuore fortemente spostato a destra. Sottoposto ad accurato esame radioscopico e radiografico si potè diagnosticare con certezza una voluminosa ernia diaframmatica contenente gran parte dello stomaco e porzione del colon trasverso. Oltre la precisione

della diagnosi clinica è interessante la tecnica operatoria.

L'O. resecate tre costole (8^a-9^a e 10^a) dall'ascellare anteriore alla posteriore, cercò di scollare il cul di sacco pleurico dalla tumefazione erniaria che appariva contenuta in un vero sacco, ma vi riuscì solo per un certo tratto. Aprì allora il sacco erniario, in cui era tutto il segmento inferiore dello stomaco, compreso il piloro, una parte del colon trasverso, omento aderente. Distaccate le aderenze, e resecato parzialmente l'omento, ridusse i visceri. L'anello ampio si presentava allargato per circa 6 o 7 centimetri. Cruentati, i margini vennero suturati a punti staccati a due piani. Il cavo pleurico non fu aperto. Riunione per prima della parete toracica. L'infermo è guarito completamente.

L'Alessandri per la patogenesi dell'ernia presume l'esistenza di una predisposizione congenita, forse un'abnorme ampiezza del forame di Bogdalek.

E. GROSSI.

Conferenze settimanali del professore Roberto Campana.

(11 aprile al 16 maggio).

Conf. I. — *La sifilide, nei complessi morfologici, da prendersi ancora in considerazione; sedi, specialmente reni; manifestazioni emorragiche e necrotiche nei giovani. Appunti di cura per ridestare nuovi tentativi sperimentali dei giovani clinici.*

Questa causa lontana (sifilide) può essere stata quella che ha portato maggiore facilità a deterioramento dei tessuti, senza poterla tutta combattere.

Ma oltre di questa labilità, vi sono delle vere flogosi dei reni, negli epitelii specialmente dei tuboli discendenti delle anse di Henle, e dei capillari vicini e della capsula del glomerulo; lievi apparentemente, ma che preparano il male maggiore e poi la flogosi più grave di questi epitelii e dei connettivi vicini, o solo codeste.

Di quest'ultime prende conto la Clinica per definirle, ma delle altre no.

Conseguenze delle une e delle altre, negli organi più complessi, sarebbero sempre le stesse forme anatomiche: e noi seguiteremo a parlarne pel rene.

Reazioni connettivali da una parte, diminuzione del parenchima epiteliale dall'altra, cosicchè le alterazioni renali della sifilide, nelle forme abituali, sarebbero: la gomma, la nefrite interstiziale con cirrosi (rene granuloso) talvolta, con rene policistico a cisti miliariformi le più ordinarie. Ma, come un dermatologo, pur vedendo semplicemente, e senza più di caratteristico locale, una sola forma eritematosa, è costretto a definirla sifilitica, così, se ne trova nel rene, colle conseguenze degli effetti delle cure come giustificazione, è costretto a dirla tale!

Sono ricorrenti disturbi della vascolarità cerebrale, con segni di torpore, albuminurie passeggiere: accrescimento della tensione vascolare, a tutta prima, poi diminuzione nella arteriosa; lo scomparire di questi fenomeni col riposo, coll'uso di purgante, in cui entra spesso del calomelano, è il fatto abituale, come è abituale veder sparire una roseola di ritorno tardiva, anche se non curata, i cui sintomi anatomo-istologici non dispaiono tutti e presto come i segni morfologici, specialmente il fenomeno di apparente iperemia.

E lo stato *anatomico* della parte è quello della moltiplicazione degli epitelii, stato di epiteliolisi, stato di caduta in detrito, di aggregamento di questo distacco epiteliale, di una parte amorfa albuminoide (cilindri ialini) od in parte mista, albuminoide, e parte in alterazione epiteliale, che proviene principalmente dai canalicoli retti delle anse di Henle.

Se noi dermatologi restassimo a definire sifilitiche solo quelle forme che sono specifiche nelle parvenze diagnostiche, vedremmo di rado questo male, questa infezione, che si nasconde soventi colle parvenze di un sintomo di un processo comune!

D'onde nasce, che, pel rene, noi, fino ad un certo periodo troviamo veramente quello che è descritto nei libri: una alterazione, che potremo definire come nefrite parenchimatosa cronica, talora come mista; in un altro periodo non lo potremo più, tanto sono vicini gli estremi morfologici dell'una e dell'altra.

E con questo io non intendo di aver disfatta tutta la sintomatologia e la morfologia di questi processi, perchè i sintomi di essi esistono veramente. Ma la cagione è la sifilide; e la distinzione di essi processi, in alcune forme croniche, è possibile, ma non in tutte e sempre; e sono soventi continuazioni le une forme e le altre, e lo scopo nostro è l'intendersi sulla cura; di sorprendere questi processi nell'inizio, non nella fine, quando tutto è trasformato dall'intervento di tante cagioni accidentali, che hanno la parte loro: la principale che questa elica, che è il rene in funzione, sappia essere pervia negli intermezzi delle sue ali, perchè l'acqua, mossa, esca fuori, per farne passare altra; e guai se non fosse così! la elica, inferma, guasta, del rene, non scaccia più il liquido non buono alla vita!

L'altra alterazione è la *necrosi* a larghi lembi di tessuti, che deriva da endoarterite, o policapillarite, accompagnata da labilità dei corpuscoli rossi, di cui ne vediamo la espressione a grado differente in ogni manifestazione sifilitica, fino a crescere al grado di diffusione emoglobiniche, che si traducono con fenomeni nella cute, reni e con altre deviazioni del corpuscolo rosso, onde viene a contribuire o portare il fenomeno della *colemia*. Le manifestazioni necrotiche possono ingigantire: e le parti lese, per la caduta dei tratti necrotici, invase dalla sepsi, sotto uno stato di labilità data dallo agente specifico dell'organismo, crescere, farsi ribelli alla sola antisepsi, come accade in casi di congelazioni.

La *emottisi* è l'altra espressione di fleboarteriti croniche di origine principalmente eredoluetica; con che si è impressa una deviazione nutritiva alle pareti vasali, o una vera flogosi; onde esse si rompono con notevole facilità.

Di questo processo ho parlato nel mio libro sulla *sifilide degli organi interni*.

Brevi accenni sulla cura: Mercurio con preparati insolubili per le vie ipodermiche e intestinali; solubili, e in soluzioni tenui, per le vie del metodo Baccelli. Le associazioni coll'arsenico e coi composti arsenicali che si conservino più a lungo come composti stabili. Non è detta l'ultima parola per gli arsenobenzoli; è il clinico che può maneggiarli, come potrebbe saggiare altri composti. I prodotti *endocrini*, devono coadiuvare specialmente con *ipofisi* nelle lesioni nervose. *Adrenalina* nelle alterazioni vasali assai frequenti negli adulti. Con prodotti delle glandole *tiroidi* in tutte le deficienze per lesioni croniche della cute o ritardo (torpido) nella vita dei connettivi. Stati mixedematoidi di essa. Gli animali da cui derivare sarebbero principalmente il cane e il cavallo per l'ipofisi. Bovini e lanuti, in generale, per le tiroidi e paratiroidi. Maiale, carnivori felini, in generale, per le capsule surrenali.

Portare a poco calore queste sostanze per la parte da utilizzare nella biologia e sul malato. Un gran ramo del laboratorio farmaceutico moderno sono l'asepsi per la conservazione della purezza dei rimedii senza complicanze, ed il freddo, per arrestarne le deviazioni; il tentare coll'aiuto degli alcool nei nostri vini, poteri di mille sostanze da infondere! Sono infusi soventi e succhi di organi nobili e piccoli, che conservati nel ghiaccio ci potranno dare il mezzo di aiuto; dal siero semplice, al siero immunizzante di un processo acuto, agli infusi a freddo, che son quelli che conservano più facilmente i poteri zimotici, od antizimotici, di molte medicine e sostanze aromatiche. Sono queste sostanze che estratte dalla ghiacciaia, ed usate o accompagnate al prudente uso dell'azione tonica del fresco, specialmente sotto forma di bagno fresco, del bagno con abluzione all'alcool, che porterà sovente il resto. Senza dire che, chi si prepara col bagno freddo nella vita abituale, è quegli che avrà più forza, vigore, resistenza, nei momenti in cui la circostanza verrà a chiedere la resistenza, il vigore della difesa, ogni specie di difesa, per la Patria!

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Febbre quintana.

Werner e Haenssler (*Münch. Med. Woch.*, 11 luglio 1916), osservano come la febbre quintana sia caratterizzata da un ciclo di cinque giorni che decorrono dall'acme di un accesso a quello seguente.

Raramente il ciclo è di quattro o sei giorni.

Il periodo intermedio è afebbrile.

Confrontando l'altezza massima della curva febbrile nei vari accessi si vede che per lo più gli accessi si assomigliano fra loro.

La durata di un accesso è di 24 fino a 48 ore. In quest'ultimo caso esso è interrotto spesso da una forte remissione.

Qualche volta al termine dei cinque giorni può mancare la febbre ma presentarsi il complesso dei sintomi clinici che accompagnano solitamente l'accesso: ciò che può considerarsi un equivalente di esso.

Come nella malaria, il singolo accesso è caratterizzato da tre stadî: periodo del brivido, periodo del calore, e periodo della defervescenza con abbondante sudorazione.

Altri sintomi: dolori muscolari specialmente nelle estremità inferiori; in minor grado dolori anche alle ossa e alla schiena; cefalalgia e senso di turgore alla milza. Tali fatti aumentano al sopravvenire di ogni accesso, ma non scompaiono completamente nei periodi intermedî e possono prolungarsi per delle settimane anche durante la convalescenza.

Obbiettivamente si riscontra tumore di milza. Il polso è più accelerato di quanto comporti l'altezza della temperatura. In più casi si sono notate turbe cardiache abbastanza gravi, ma passeggere.

Nulla a carico dei reni, dell'intestino e del sistema nervoso: solo in un caso è stata osservata una psicosi durata per qualche ora e scomparsa poco tempo dopo l'accesso.

Qualche volta è stata notata flogosi catarrale delle vie aeree.

L'esame del sangue ha fatto rilevare una leucocitosi progressiva e proporzionale alla temperatura (aumento dei polinucleati fino al 50 % e, col diminuire di essi, linfocitosi fino al 50%).

La Wassermann si presentò 3 volte negativa su 4 casi.

La cura sintomatica coi comuni antipiretici ha dato buoni risultati: il neosalvarsan in 2 casi su 4 avrebbe impedito il ritorno di nuovi accessi.

Nel sangue colorato non è stato ritrovato nè il parassita della malaria, nè spirocheta.

La cultura del sangue ha dato 3 volte un reperto negativo e in 2 casi è stato isolato un corto bacillo bipolare cui non si può per ora annettere importanza per mancanza di dati sufficienti.

I tentativi d'infettare ratti, cani, cavie sia con iniezioni sottocutanee che intraperitoneali sono falliti. I primi tentativi di inoculazione all'uomo hanno avuto esito negativo ma in se-

guito si è presentata in due casi la sindrome febbrile dopo un'incubazione di 20 giorni.

I reperti del sangue e la curva febbrile differenziano tale febbre dalla malaria e dalla febbre ricorrente.

Si sospetta che gli agenti trasmettitori possano essere i pidocchi. G. M.

Le temperature subfebbrili.

Schlayer (*Zeitschr. f. Klin. Medizin*, 1916, nn. 3-4) ha compiuto uno studio diligentissimo e minuzioso — stile tedesco — sopra più di 400 soggetti che presentavano temperature comprese fra 37°1 e 37°9 per lunghi periodi: rimangono dunque escluse certe infezioni subacute, per es. le forme influenzali protratte, in cui temperature subfebbrili possono persistere per settimane.

È risultato che l'affezione alla quale debbono imputarsi più frequentemente le temperature subfebbrili è la tubercolosi polmonare. Questa era manifesta nel 41 % dei casi, mentre si rivelò ad un esame posteriore in altri 10 % dei casi, diagnosticati in primo tempo come clorosi, nevrastenia, morbo di Basedow.

Alla tubercolosi attiva o latente debbono dunque ascriversi oltre la metà di temperature subfebbrili protratte.

Dei soggetti rimanenti, il 16% presentavano processi infiammatori cronici non tubercolari ed il 32% affezioni varie: stitichezza, clorosi, nevrastenia, mialgie, ulcera gastrica, ecc.

Dei pazienti con tubercolosi manifesta e che poterono essere seguìti per anni, un terzo circa venne a morte entro 6 anni del primo esame, un altro terzo circa entro 15 anni, nel terzo rimanente si produsse la guarigione clinica.

Dei pazienti con tubercolosi latente solo una piccola frazione, e cioè un quinto, vennero a morte; gli altri dopo 10 anni presentavano al più qualche residuo della malattia che ad un certo momento della loro vita si era dichiarata.

R. B.

Movimenti termici e tubercolosi.

Tachau Mickel (*Münch. Med. Wochenschrift*, n. 32, 1916) afferma che un coefficiente importante per la diagnosi della tubercolosi sarebbe il poter riconoscere anche le leggere deviazioni dalla temperatura normale. Ora è noto che non esiste un limite massimo per la temperatura fisiologica, ma che essa è varia nei vari individui; perciò quando un soggetto non sia stato esaminato in un periodo in cui era sicuramente sano, è difficile poter differenziare una elevata temperatura normale da una temperatura subfebbrile. In tali casi, solo l'osservazione delle variazioni giornaliere della temperatura per un lungo periodo di tempo, il confronto tra temperatura ascellare e rettale e l'osservazione del comportarsi della temperatura in seguito a moto, potranno dare un responso.

La teoria di Penzoldt, secondo la quale una notevole ipertermia (temperatura rettale sopra i 38°, 38°½) dopo una passeggiata di un'ora si avrebbe solo nei tubercolosi, è stata infirmata da ulteriori osservazioni. Infatti anche in altri malati e persino nei sani la temperatura rettale in seguito a movimento può salire sopra i 38°.

Le osservazioni dell'A. sono state dirette non all'altezza massima raggiunta dalla temperatura, ma alla rapidità con cui essa ritorna normale. Le numerose osservazioni fatte su individui sani e malati lo hanno portato alla conclusione che nel sano dopo circa 30 minuti la temperatura ritorna quale era allo stato di riposo, mentre nel malato vi ritorna con maggiore lentezza.

Tale metodo non sarebbe quindi specifico per la diagnosi della tubercolosi, ma sarebbe un coefficiente per la diagnosi e prognosi di tale malattia, poichè dà modo di riconoscere se nel paziente la temperatura si comporta in modo normale o patologico. G. M.

TERAPIA.

Sulla cura razionale della sifilide.

In questi ultimi anni si è compiuta una rivoluzione radicale nel dominio della sifilologia. Da una parte la sua terapeutica si è arricchita di prodotti la cui efficacia e rapidità d'azione sono incomparabilmente più grandi di quelle del mercurio; d'altra parte la reazione di Wassermann e la puntura lombare permettono in qualche modo di dosare la virulenza della sifilide e di svelare le sue localizzazioni più latenti. Con questi mezzi il medico pratico in ogni singolo caso può proporzionare la terapeutica alla resistenza della malattia.

Ne deriva che per istituire un metodo di cura razionale della sifilide occorre: 1° praticare una cura intensiva a mezzo di medicamenti molto attivi, quali l'arsenobenzolo ed il novarsenobenzolo; 2° abbandonare la cura empirica e senza controllo che consiste nel trattare alla stessa stregua ogni soggetto sifilitico, e sostituirla con un metodo di cura scientifica fondato sull'esame sierologico del sangue e, se occorre, sull'esame chimico citologico e sierologico del liquido cefalo-richidiano.

Jeanselme dal mese di settembre 1913 sino alla fine del 1915 aveva trattato con questo me-

todo 2735 sifilitici. In una lettura all'Accademia medica di Parigi egli comunica i risultati generali di questa larga casistica (*Bulletin de l'Académie de Médicine*, 1916, n. 16)-.

Questo metodo di cura ha anzitutto il grande vantaggio di essere più rapido. Dal punto di vista profilattico la cura arsenicale è infinitamente superiore alla cura mercuriale, poichè essa riduce al minimo il periodo di contagiosità della malattia. Perciò è da augurarsi, secondo l'A., che nei grandi centri ogni dispensario disponga dei mezzi per poter periodicamente praticare alle prostitute *la cura di profilassi.*

Al presente la questione che predomina sopra ogni altra è la cura rapida della sifilide nelle truppe in campagna. Niente dovrebbe opporsi alla cura arsenicale del soldato in zona di guerra. Tre iniezioni di novarsenobenzolo hanno il doppio effetto di ridurre il periodo di degenza dei sifilitici negli stabilimenti sanitari, e di rimettere sollecitamente ai Corpi dei soggetti atti al servizio militare.

Inoltre il trattamento arsenicale sembra essere *curativo* nel senso più rigoroso della parola, in quanto esso può combattere in modo radicale il processo sifilitico. L'A., dopo cinque anni di numerose osservazioni cliniche, si ritiene nel diritto di sostenere questa opinione, basata sul fatto che numerosi soggetti trattati coi preparati arsenicali e periodicamente sottoposti al controllo dell'esame clinico, della reazione di Wassermann, e della puntura lombare, non hanno presentato per lunghi periodi di tempo nessun segno apprezzabile di sifilide in atto.

La reinfezione è la prova più solida della guarigione radicale della sifilide. Da più parti oramai sono state pubblicate delle osservazioni dimostrative ineccepibili.

L'A. dà dei consigli pratici circa il modo di indirizzare la cura nei diversi stadî dell'infezione.

Se il sifiloma iniziale è l'unica manifestazione della malattia, basta praticare da 6 a 10 iniezioni endovenose di arsenobenzolo a dosi crescenti, complessivamente da 4 a 6 grammi, per arrestare il processo morboso che non oltrepassa il periodo primario. Questo risultato, secondo l'A., è così costante che può considerarsi come una legge in terapia. Dal 1913 egli ha potuto comprovare quest'opinione con l'osservazione metodica e prolungata di 199 casi di sifilide primaria trattati sia con l'arsenobenzolo, sia col novarsenobenzolo.

Arrestare la sifilide all'accidente iniziale vuol dire sottrarre l'individuo ai pericoli lontani della sifilide nervosa e viscerale, preservare la specie dalla sifilide ereditaria, e diminuire per la società considerevolmente le possibilità del contagio.

Se la cura è iniziata quando già si hanno manifestazioni generali cutanee o mucose, l'infezione presenta una resistenza molto maggiore alla medicazione arsenicale. Una prima serie di iniezioni può rendere negativa la prova del Wassermann; ma spesso, dopo due o tre mesi, la curva del Wassermann riprende la sua fase ascensionale. In genere la ripresa dell'offensiva della malattia non è annunziata che da quest'indice sierologico; sicchè il medico, malgrado il silenzio dei sintomi clinici, deve affrettarsi a riprendere la cura. Una nuova serie di iniezioni endovenose produrrà la caduta del Wassermann, che in genere rimarrà allora costantemente negativo.

Tuttavia non si riterrà definitivo questo risultato, poichè la reazione può ancora diventare positiva. E perciò bisogna mantenere il sifilitico sotto sorveglianza: la reazione sarà verificata ogni tre mesi, in seguito ogni sei mesi. In molti casi osservati dall'A. questo periodo di silenzio di ogni segno clinico e sierologico dura da 2 a 3 anni.

Quando la reazione di Wassermann, malgrado la cura energica, persisterà positiva o si abbasserà per brevi periodi, si potrà pensare che questa resistenza sia dovuta ad una localizzazione latente della sifilide. Una puntura lombare fare accettare questa ipotesi. In questo caso la cura sarà intensificata ancora: ogni serie sarà di 15 iniezioni, che si ripeteranno fino alla scomparsa d'ogni sintomo rivelatore del sangue e del liquido cefalo-rachidiano. E allora bisognerà per lunghi periodi ripetere ad intervalli la puntura lombare e l'esame del liquido.

La sifilide oltre l'individuo colpisce la specie. È un potente fattore di depopolazione. Secondo l'A. il novarsenobenzolo è il medicamento più efficace contro l'azione feticida della sifilide. Egli ha sottomesso alla cura arsenicale 125 donne incinte sifilitiche. Tranne qualche insuccesso non ascrivibile al passivo di questa cura, queste donne diedero tutte alla luce figli vivi e di bella apparenza. Alcuni di essi furono, secondo ogni probabilità, immuni della infezione perchè per 2 e 3 anni la loro reazione di Wassermann si conservò negativa; in altri pure apparentemente sani la r.W. positiva dimostrava lo stato latente della sifilide. Disgraziatamente non si possono precisare le proporzioni di queste varie categorie, giacchè spesso i soggetti erano perduti di vista.

In conclusione, è evidente la superiorità della cura arsenicale sul metodo classico mercuriale per quanto riguarda la profilassi sociale, la cura della sifilide recente, e la profilassi della sifilide ereditaria. *ps.*

IGIENE.

Avvelenamenti da trinitrotoluene.

Il Ministero nell'industria bellica inglese delle munizioni (*British Med. Journ.*, dic. 1916), preoccupato della frequenza di alcuni avvelenamenti osservati negli operai delle fabbriche di munizioni, pubblica le ricerche eseguite sulla etiologia, la patogenesi e la profilassi di queste intossicazioni, dovute al trinitrotoluene o *trotil*, prodotto di distillazione del catrame, utilizzato nella fabbricazione degli esplosivi. Vi vanno soggetti sopratutto gli operai giovani ed i novizi, nei quali i primi sintomi di avvelenamento sogliono presentarsi circa quattro settimane dopo la loro entrata negli stabilimenti. La penetrazione della sostanza, che viene adoperata sotto forma di polvere finissima, può avvenire tanto per la pelle, per le mucose del naso e della bocca, quanto per la via digerente o con l'aria inspirata, ma per queste vie di assorbimento si hanno a deplorare intossicazioni assai meno gravi di quelle che si osservano quando il veleno penetra attraverso la pelle. Il *trotil* è facilmente solubile negli oli e nei grassi e il suo assorbimento è appunto facilitato dai grassi della cute. Può talora aversi una semplice dermite anche pruriginosa, talora soli disturbi intestinali, ma spesso si presentano quadri assai gravi, dovuti all'azione del *trotil* sul sangue, analoga a quella esercitata dalla dinitrobenzina, pure impiegata per la fabbricazione degli esplosivi e dal tetracloretano che determina una consimile intossicazione negli operai addetti alla laccatura delle ali di areoplano. Questi veleni hanno azione emolitica e trasformano l'ossiemoglobina in metemoglobina. Qualche volta determinano alterazioni anche negli organi ematopoietici. Raramente si osserva pure l'insorgere di un ittero tossico, dovuto a degenerazione del fegato, che può essere letale. La reazione di Webster, eseguita nell'urina, permette di stabilire la diagnosi di intossicazione da *trotil*.

Questa reazione consiste nel trattare l'urina con acido solforico, etere etilico e soluzione alcoolica di potassio; se nell'urina si trova la sostanza, derivata nell'organismo dal *trotil* assorbito, si osserva una speciale colorazione porpora.

Questa reazione è utile anche a scopo prognostico, perchè mentre perdura anche per sei settimane dopo l'allontanamento dal lavoro di quegli operai che sono rimasti intossicati per assorbimento del veleno attraverso la pelle, via per la quale si hanno le forme di avvelenamento più gravi, scompare dopo solo 24 ore quando l'assorbimento è avvenuto per ingestione di polvere o inalazioni di vapori e quando perciò si impone una prognosi fausta.

Per la cura è più che sufficiente allontanare l'intossicato del lavoro, salvo che vi sia itterizia, nel qual caso si troverà giovamento dal riposo a letto, dalla dieta lattea, dall'uso di alcalini. Le norme profilattiche consistono nella sorveglianza medica metodica degli operai, nell'uso di indumenti protettivi: guanti, veli, maschere; nella buona ventilazione degli ambienti, nell'adozione dei mezzi di allontanamento delle polveri e dei vapori. Gli operai, come lasciano il lavoro, debbono mutare di abiti e lavarsi accuratamente le mani e il viso anche prima di ogni pasto. È utile inoltre non impiegare in tali lavori che individui dai 20 ai 50 anni, sani e robusti, la cui resistenza sarà sostenuta da una adatta alimentazione. *g. s.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(828). *L'adrenalina nelle nefriti acute.* — Il dott. A. D. desidera conoscere con quale meccanismo agisce l'adrenalina nelle nefriti acute e se esista della letteratura in proposito, oltre a quella pubblicata nei giornali medici.

Si ammette in generale che l'azione dell'adrenalina sulla secrezione renale sia caratterizzata da due fasi: in primo tempo si ha ischemia e quindi diminuzione transitoria di secrezione, in secondo tempo si ha una iperemia renale, più durevole. Con delle dosi assai piccole però, si ha una dilatazione primaria dei vasi renali e quindi un aumento di secrezione anche in primo tempo; le dosi forti, invece, inibiscono la secrezione. Oltre a questo fattore ed all'azione ipertensiva dell'adrenalina, per cui si combatte la vaso-paralisi, il meccanismo principale, per cui l'adrenalina agisce nelle nefriti, sarebbe il seguente. Si ritiene che la nefrite si accompagni ad iposurrenalismo, e l'adrenalina stabilirebbe quindi una vera terapia compensatrice, rimediando alla insufficienza di una sostanza che è indispensabile alla economia dell'organismo, e che, oltre ad una provata azione antitossica, ha un'azione eccitante sugli elementi cellulari dei vari organi e quindi anche del rene. Secondo le recenti ricerche di Ciovini, invece, la virtù terapeutica dell'a. sarebbe indipendente da modificazioni della pressione sanguigna e della diuresi e sta-

rebbe in rapporto con un aumento in circolo di leucociti, specialmente polimorfi neutrofili.

Non conosciamo pubblicazioni speciali sull'argomento, salvo quelle sparse nei diversi periodici medici: anche il *Policlinico* si è occupato ripetutamente della questione. FIL.

(827). *In tema di semeiologia epatica.* — All'abb. n. 4521:

Un fegato ingrandito, duro, bernoccoluto, dolente, senza ittero, nè ascite, con febbre serotina, ecc., oltrechè alla lues epatica, come giustamente Ella osserva, deve far pensare innanzi tutto ed anche con maggior fondatezza, alla possibile esistenza di un carcinoma metastatico, od anche all'echinococco pluricistico del fegato.

Saranno i dati clinici desunti dall'esame obbiettivo, praticato nei singoli infermi, ma sopratutto le prove di laboratorio (Reazione di Wassermann, conta dei leucociti, esame del chimismo gastrico, ricerca della eosinofilia, prova della deviazione del complemento, ecc.) che aiuteranno a formulare la giusta diagnosi.

Non credo d'altro canto che possa eventualmente un fegato coi surricordati caratteri porsi alle dipendenze di una pleurite destra, o di una tubercolosi del peritoneo, come accenna a voler dubitare. P. C.

(829). Al dott. A. S. da S.:

La yohimbina usata a dosi terapeutiche determina in primo tempo aumento della pressione arteriosa, cui segue un progressivo e notevole abbassamento.

Solo per dosi forti l'aumento iniziale può mancare. S.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

The John Hopkins Hospital Reports. (Resoconti dell'Ospedale John Hopkin). Volume XVII, in-4° di pag. 586 con numerose tavole. Baltimora, Tipografia dell'ospedale, 1916.

Questo importante ospedale di Baltimora, che ha un movimento di oltre 5000 ammalati all'anno pubblica, annualmente, un volume in cui si raccolgono gli studi di indole scientifica, fatti sul ricco materiale dell'ospedale stesso e nei laboratori.

In questo volume, oltre a numerosi dati statistici, sono trattati gli argomenti seguenti: 1° trombi liberi del cuore; 2° il benzolo considerato come leucotossico; 3° carcinoma primario del fegato; 4° l'origine e lo sviluppo del sistema linfatico; 5° i *nuclei tuberis laterales* ed il così detto ganglio ottico basale; 6° trombosi venosa nell'insufficienza miocardica; 7° sulla leucemia spontanea e sperimentale dei polli. FIL.

S. Weir Mitchell. *Memorial Addresses and resolutions.* (Discorsi commemorativi su S. Weir Mitchell). Un vol. in-8° di pag. 155 con fotografia. Philadelphia, 1914.

Sono riuniti in questo libro i discorsi tenuti in molte società scientifiche di Philadelphia per onorare la memoria di un uomo, che ha lasciato dietro a sè una larga onda di rimpianto. Laureato in medicina nel 1850, egli è stato non solo un gran medico nel più alto senso umano, ma un uomo di una versatilità maravigliosa, stampando notevoli impronte della scienza, nelle lettere, nella poesia, nella storia.

Dal punto di vista biologico egli ha fatto studi e ricerche interessanti sul veleno dei serpenti sulle cure di riposo nei disordini funzionali, sul significato dei sintomi a distanza, ecc.

FIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI PARLAMENTARI.

Protezione ed assistenza agli invalidi di guerra.

Diamo un sunto della discussione svoltasi presso il Senato del Regno sul disegno di legge « Protezione ed assistenza degli invalidi di guerra », limitandoci ai soli problemi sanitari.

Il disegno di legge era già stato approvato dalla Camera dei Deputati; il Senato vi ha introdotto alcune modificazioni di forma e un ordinamento diverso delle disposizioni, fatta eccezione per tre articoli, la cui portata venne chiarita da ordini del giorno; epperò si è resa necessaria una ulteriore discussione alla Camera, di essa daremo pure notizia.

Il sen. SAN MARTINO vorrebbe che nei centri più importanti di rieducazione si creassero officine locali, per la protesi. Vorrebbe incoraggiato l'allargamento di tale industria. La protesi fa continui progressi, onde egli non crede definitivo il tipo unico che si augura venga fuori dal concorso bandito in Bologna presso l'Istituto ortopedico Rizzoli.

Raccomanda i tubercolotici, per i quali il Governo ha un'alta responsabilità, sia che li abbia resi tali la guerra, sia che fossero già ammalati prima, ma non riconosciuti dalle Commissioni mediche. Si tratta di porre argine al dilagare di una terribile malattia, ed è bene profittare dei più freschi sentimenti di fratellanza per devolvere qualche milione a combattere questa piaga sociale.

Il sen. GOLGI propugna l'obbligatorietà degli atti operativi e chirurgici per i postumi di ferite. La sua tesi fu già svolta in Francia e, se le notizie giunte sono esatte, venne accolta in Germania.

Ricorda la disposizione del paragrafo 123 del regolamento per la legge di reclutamento, per il quale si richiede il consenso della recluta agli atti operativi; e il Decreto Luogotenenziale 1 maggio 1916, che detta le norme che regolano l'assegnamento delle pensioni, di fronte ai rifiuti dei militari agli atti operativi.

Cita alcuni casi specifici, in cui si è dovuto ricorrere al congedamento, ciò che sembrerebbe di una enorme gravità, ma è consono alle disposizioni regolamentari.

Rileva che anche i rifiuti ad atti operativi semplici, come estrazione di proiettili, di scheggie ossee, ecc., possono condurre a veri disastri, giacchè gl'individui che si rifiutano sono, in notevole proporzione, destinati alla decadenza fisica e morale. Rileva che con l'ingranaggio delle resistenze si arriva fino al rifiuto delle iniezioni ipodermiche.

A proposito della grave questione dei mutilati funzionali, esaminando le disposizioni dell'art. 12 del disegno di legge, dimostra che esse lasciano adito a dubbi.

La Commissione speciale per l'esame del disegno di legge si è schierata risolutamente contro la obbligatorietà della rieducazione funzionale. Si è invocata la tesi della libertà personale; ma l'O. ricorda come vi siano altre leggi che rendono obbligatorie talune cure, come per la profilassi del vaiuolo, del colera, ecc., onde crede artificioso e fuor di luogo voler portare oggi la tesi della libertà personale. Un nuovo argomento contro l'obbligatorietà si trae dall'art. 12 del Decreto Luogotenenziale del maggio scorso.

Il sen. MARCHIAFAVA si occupa del problema della tubercolosi. Osserva che esso è reso più imperioso ed evidente dalla guerra e che se ne sono occupati Parlamenti, Comitati di assistenza civile, Croci Rosse, ecc.; rimarrà memorabile la seduta tenuta l'anno scorso dal Consiglio municipale di Parigi, nella quale vennero votati quattro milioni per istituire 2500 letti per i riformati della tubercolosi, « blessés de la tuberculose », di Parigi e del Dipartimento della Senna. Non si trattava di esagerazione, ma di un sentimento elevatissimo che spinge a rinvigorire la lotta contro i flagelli sociali, tra cui sono la tubercolosi, la sifilide, la malaria, l'alcoolismo.

L'art. 2 del disegno di legge dichiara quali debbono essere considerati invalidi per cause di guerra e adopera l'espressione lata: « Sono considerati invalidi, ecc., ecc., in seguito a lesioni o ad infermità incontrate nel servizio di guerra, o comunque, per un fatto di guerra ». Negli altri articoli però si parla di storpi, di ciechi e di mutilati, senza una parola sicura per gli invalidi delle infermità contratte nel servizio militare.

Nella relazione si parla con pietà della tubercolosi, ma si aggiunge che la legge nessun contributo potrà dare alla soluzione del problema, e si osserva che la tubercolosi non è contratta, ma solo aggravata durante il servizio militare e persino che alcuni tubercolosi in virtù di quel servizio migliorano. L'O., da parte sua, non ha mai veduti tali miglioramenti, bensì riaccendersi casi di tubercolosi polmonare che credeva spenta. Non bisogna confondere i flosci e nevrastenici, cui la milizia in alta montagna giova, con coloro che sono affetti da tubercolosi.

Nella questione se i soldati riformati per tubercolosi abbiano contratto la malattia durante il servizio o prima, il punto importante è che quei soldati furono distolti dal lavoro dei campi e delle officine in condizioni di idoneità al lavoro, e poi vi furono restituiti incapaci e aggravati nel loro male. Per alcuni può aversi la sicura presunzione che la infezione fu contratta durante il servizio militare, sopratutto per coloro che vissero in caserme, in depositi, in uffici, sotto la coperta delle navi, là dove non era possibile rimuovere tutte le condizioni antigieniche che favorivano il sorgere e lo svolgersi della malattia.

Plaude ai provvedimenti dell'autorità militare di impedire in zona di guerra l'eccesso delle bevande alcooliche, da cui tanto incremento ha la tubercolosi; ma richiama l'attenzione del ministro sulla grave contraddizione che, mentre si limitano con-

sumi di prima necessità o quasi, nessuna limitazione venne imposta nel territorio al consumo delle bevande alcooliche.

I tubercolosi debbono essere considerati come invalidi di guerra. Il ministro della guerra ha provveduto all'istituzione di ospedali e reparti per la diagnosi della malattia; di qui i tubercolosi riconosciuti idonei ad un miglioramento dovrebbero essere inviati in appositi sanatori o, se incurabili, riformati e mandati con una gratificazione alle loro famiglie. Ma in fatto di sanatori siamo molto indietro e a ciò contribuisce anche il pregiudizio della popolazione che si oppone al sorgere di essi nelle vicinanze delle nostre città, come è accaduto anche di recente a Roma.

Intanto i tubercolosi ritornano alle loro case, inutili, avviliti, senza avere la gloria o portare il prezzo della salute perduta.

È prescritto che le autorità militari, all'arrivo di un tubercoloso, ne diano avviso alla famiglia ed all'autorità sanitaria. Ma che potranno mai fare famiglie povere e ignorantissime, o autorità sanitarie nei luoghi dove non esiste nemmeno un dispensario?

La guerra ha rivelato le gravissime condizioni in cui il flagello della tubercolosi ci pone. Per un morbo esotico, come il colera, che insorge solo a rari intervalli, furono spesi milioni e si fece bene; ma la tubercolosi è un male assai più terribile e sono irrisorie le duecentomila lire dedicate alla difesa sociale contro di essa. È bensì vero che vi sono Istituti, Congregazioni di carità, Leghe antitubercolari e Croce Rossa; ma l'azione di questi varii Istituti è stata necessariamente troppo limitata ed in alcune regioni nulla.

C'è poi il problema dei bambini che convivono col padre e col fratello tubercoloso, reduce dalla guerra. Anche questi saranno orfani di guerra e per unica eredità avranno il contagio. L'O. crede che dovrebbero essere allontanati dalle case contaminate e, per propria esperienza, può dire che poche madri si opporrebbero a tale provvedimento. Chiede che i figli dei soldati tubercolosi siano posti nella stessa condizione in cui, per l'altra legge, sono gli orfani di guerra.

Il sen. FOÀ rileva che la selezione del coscritto è stata rigorosa nel periodo antibellico, di guisa che il nostro esercito era citato a modello per lo scarso numero di soldati riconosciuti tubercolosi. Nel periodo bellico la selezione non può essere così rigorosa; quindi non è da meravigliare che si manifesti un numero di tubercolosi maggiore che in tempo di pace.

Secondo i voti dell'ultimo Congresso di Genova per la lotta contro la tubercolosi, occorre selezionare con molto rigore i coscritti, valendosi dell'opera di specialisti per la diagnosi e la assegnazione dei malati ai sanatori; inoltre il medico reggimentale, una volta riconosciuto un soldato come tubercoloso, dovrebbe inviarlo ad istituti diretti da competenti. Il ministro della guerra accettò tali proposte, ma molte di esse sono ancora sulla carta.

Non crede che la lettera del Sindaco, con la quale è accompagnato il ritorno del riformato tubercoloso alla propria casa, abbia alcuna efficacia pratica.

Accenna alle numerose opere antitubercolari esistenti in Italia per iniziativa della Federazione delle opere antitubercolari e della Lega nazionale per la lotta contro la tubercolosi, ed invita il ministro della guerra ad affidare a questi benemeriti istituti la sorveglianza dei tubercolosi reduci dal fronte, giovando loro e con consigli e con sussidi.

Il sen. DEL CARRETTO approva l'art. 17 del nuovo testo che provvede, con opportune riserve a limitazioni, oltrechè alla prima fornitura degli arti di protesi provvisoria e definitiva, anche alle successive spese di ricambio e di riparazione a carico dell'Opera nazionale.

Trova provvida la soppressione degli articoli 14 e 15 del primo testo della legge. L'applicazione della protesi provvisoria o definitiva deve essere disciplinata, mercè apposito regolamento, dall'autorità militare, che ha già fatto molto per regolare i rapporti fra sezioni chirurgiche di concentramento, centri di cure fisiche ed ortopediche e scuole di rieducazione, con officine di protesi definitiva.

Circa la costruzione degli arti provvisori, definitivi e da lavoro, bisogna lasciare maggiore autonomia alle varie istituzioni locali.

Urge una grande intensificazione nella produzione rapida degli arti, e ciò si ottiene con il decentramento, fermi restando la vigilanza ed il collaudo dell'autorità militare.

Il sen. DURANTE, della Commissione speciale, illustra il seguente ordine del giorno proposto dalla Commissione stessa:

« Il Senato, convinto che l'incremento degli studi ortopedici possa efficacemente concorrere ad attenuare le numerose invalidità della guerra e degli infortuni sul lavoro, e rappresenti quindi un fattore essenziale al conseguimento dei fini della legge di assistenza agli invalidi, esprime il voto che le cattedre di ortopedia oggi esistenti siano dotate dei necessari mezzi didattici, sufficienti ad un insegnamento efficace, e che siano aumentate col progredire e diffondersi delle conoscenze di questa importante branca chirurgica ».

Ricorda che l'esercito in tempo di pace aveva sei o settecento medici, mentre ora ne sono mobilitati ottomila. È facile intendere le difficoltà incontrate, in primo tempo, non essendosi potute discriminare le qualità e le attitudini di tutti. Ma, dopo i primi tre o quattro mesi, le condizioni migliorarono, perchè ciascuno si trovò ad avere il posto confacente alle sue attitudini ed alla sua pratica. Oggi si può asserire che i nostri malati e feriti sono curati non meno bene che nelle altre nazioni belligeranti. Ma non è certo raggiunta la perfezione, perchè pochi sono gli studiosi della chirurgia e pochissimi quelli che si sono dati agli studi speciali dell'ortopedia e della traumatologia.

A tale proposito fa colpa al Governo di non aver aderito alle ripetute richieste per le cattedre di ortopedia e traumatologia, che sono in Italia solo quattro: due, a Bologna e a Milano, provviste di cliniche; altre due, a Roma ed a Napoli, senza

clinica. Richiama l'attenzione del Governo sul grave problema, il quale ci interessa per il nostro avvenire, anche all'infuori dell'eventualità di nuove guerre. Sulla proposta del senatore Golgi, che vorrebbe per i soldati la cura obbligatoria sia di natura medica, sia di natura chirurgica, deve osservare che non bisogna essere troppo corrivi ad imporre atti chirurgici. Vi sono affezioni guaribili, delle quali però nessun chirurgo potrebbe garantire il cento per cento di guarigioni; di più, ogni operazione può far scoppiare infezioni latenti; e, dove è pericolo di vita, il chirurgo si ribella ad esporvi il malato.

Se certe deformità potrebbero essere corrette, non si può obbligare il paziente a farsi curare, sia per diminuire la sua pensione, sia per adattare meglio una protesi meccanica.

È certo però che alcune affezioni non si dovrebbero considerare come elemento di riforma o di inabilità ai servizi di guerra e si potrebbe intervenire chirurgicamente, perchè le lesioni di cui parla possono essere combattute con certezza assoluta di guarigione. Vi sono i vili che abbiettamente si rifiutano di sottoporsi ad operazioni innocue, le quali servirebbero a renderli validi al servizio di guerra; il numero di codeste invalidità provvisorie è molto sensibile, come potrà dire il ministro della guerra. Confida che si possa prendere un rimedio a tale sconcio.

Il sen. Muratori illustra un ordine del giorno a favore dei soldati ciechi. Dimostra che la condizione dei ciechi non può equipararsi a quella degli altri mutilati, perchè non possono, se non in casi eccezionali, acquistare l'energia onde essere utili a sè e alle loro famiglie. Le condizioni poi sono gravissime quando i ciechi abbiano riportato altre mutilazioni. Onde per i ciechi s'impongono speciali provvidenze.

Per l'avanzamento degli ufficiali medici.

L'on. Bussi aveva interrogato il ministro della guerra per sapere se le facilitazioni di avanzamento relative agli ufficiali in congedo durante la guerra (decreto luogotenenziale 20 novembre 1916, n. 1652), sono anche applicabili ai medici militari ufficiali di complemento, provenienti dai borghesi, i quali avendo raggiunto la metà della permanenza minima nel grado stabilito dall'art. 7 della legge 2 luglio 1896, n. 254, dovrebbe poter beneficiare delle facilitazioni sopra ricordate. Il ministro ha così risposto:

«Le facilitazioni di avanzamento concesse col Decreto Luogotenenziale del 20 novembre 1916, sono applicabili anche agli ufficiali medici provenienti dai borghesi.

«Di essi, difatti, in base a tale decreto, sono già stati promossi quelli che ne avevan diritto, e man mano che perverranno al Ministero le proposte di avanzamento per altri ufficiali si procederà alle relative promozioni, purchè, come lo stesso Decreto Luogotenenziale prescrive, siano stati già promossi gli ufficiali in servizio attivo permanente di pari grado ed anzianità».

Cronaca del movimento professionale.

Contributo veneziano alla sottoscrizione nazionale per i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie. — Merita la riconoscenza dei medici italiani l'atto veramente generoso del prof. D. Giordano, che oltre all'averci dato il permesso di pubblicare e mettere in vendita la sua conferenza *Guerra e Chirurgia* a beneficio della sottoscrizione per i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie, vi aggiunse una seconda offerta di L. 150; nel 1916 già figurò nella nostra prima lista con L. 100.

Con la vendita della conferenza si sono incassate circa L. 1200 nette; se a queste si aggiungono 1471 raccolte nel 1916 e L. 400 versate dall'Ordine di Venezia metà nel 1916 e l'altra metà nel 1917, si ha un totale di oltre 3000 lire che speriamo di poter ancora aumentare, perchè non tutti i medici di Venezia, specialmente della provincia, hanno ancora risposto al nostro appello.

Non faccio nomi dei maggiori offerenti, perchè furono già pubblicati. Devo però rilevare che sette nomi figurano con offerte da 100 a 250 lire, e moltissime sono le superiori alle 10 lire.

Anche in questa sottoscrizione, convien dirlo, Venezia si è fatta onore, date le sue condizioni speciali che non può comprendere chi vive lontano dalla nostra città, dove anche i professionisti sopportano con grande abnegazione e patriottismo le conseguenze della grave crisi che travaglia la popolazione tutta. A. DIAN.

L'ordine dei Medici di Verona, convocato per discutere sul contegno politico del deputato Brunelli rappresentante della classe nel Consiglio superiore di sanità, ha votato unanime un ordine del giorno in cui, constatato che il di lui contegno è in assoluto contrasto con l'atteggiamento e l'opera civile e militare altamente patriottica dei medici italiani, vivamente deplora che non senta l'incompatibilità della sua posizione, e lo invita a dimettersi.

Sezione di Brescia dell'A. N. M. C. — In una recente assemblea è stato approvato ad unanimità il seguente ordine del giorno sul relativo oggetto proposto dalla Presidenza alla discussione:

«La Sezione di Brescia, affermando i suoi caldi sentimenti di italianità e amor patrio, bene auspicando per la completa realizzazione degli ideali e dei destini d'Italia, combattente una santa e giusta guerra, acclama Trieste a sede del primo Congresso nazionale che si terrà dopo la pace, e deplora che nell'ora solenne che la patria attraversa il sentimento generale della Sezione non venga condiviso dalla Presidenza Centrale».

CONDOTTE E CONCORSI.

L'Ospedale Civile di Venezia cerca due Assistenti per la Divisione Oculistica. Stipendio rispettivamente lire 1700 e alloggio e lire 1600. Rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6831) *Accertamenti igienici nei locali di vendita di vino e liquori. - Abitabilità delle case di nuova costruzione.* — Dott. abbonato 1983. — All'ufficiale sanitario non compete speciale compenso per le ispezioni ai locali di vendita di vino e liquori che esegue in base all'articolo 5 del Regolamento 22 ottobre 1914, n. 1238, nè per le ispezioni alle fabbriche di nuova costruzione onde rilasciare il permesso di abitabilità in quanto che l'una e l'altra ispezione è praticata nell'interesse generale della pubblica salute e della igiene.

(6832) *Sessennii.* — Dott. G. R. da C. — Gli aumenti sessennali non sono stati, durante l'attuale stato di guerra, sospesi a favore degli impiegati comunali. Il sindaco non può rifiutarsi di presentare al Consiglio Comunale la domanda di un impiegato diretta ad ottenere l'aumento di stipendio dovutogli per compiuto sessennio. Se fu dispensata di ufficio dal servizio militare non può ottenere il richiamo di autorità.

(6834) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. abbonato 6609. — Al medico condotto che presta servizio militare in qualità di ufficiale medico non può mai competere l'intero stipendio civile, ma solo la differenza fra questo ultimo e quello militare. Nè vale a modificare tale trattamento economico la possibilità nel sanitario di disimpegnare contemporaneamente il doppio servizio, giacchè chi trovasi sotto le armi ed a capo di un importante istituto sanitario, non può aver mai il tempo sufficiente, nè spesso, l'agio, di attendere con la dovuta esattezza alla assistenza sanitaria civile.

(6835) *Dimissioni dalla carica di medico condotto - Pensioni.* — Dott. F. C. da Z. di G. — Il medico condotto, sempre che non si oppongano tassative disposizioni del capitolato, può sempre rassegnare le proprie dimissioni non ostante si trovi sotto le armi per servizio militare. La pensione decorre dal giorno in cui si cessa dal servizio.

(6836) *Tassa di bollo da quietanza sui mandati di pagamento.* — Dott. G. D. C. da P. — Non è dubbio che tutti gli impiegati, salvo rare eccezioni dovute a speciale favorevole trattamento usato da talune amministrazioni, sono tenuti a corrispondere la tassa di bollo di quitanza su mandati di pagamento degli stipendii. Per gli esattori ciò non si verifica perchè, trattandosi di pagamenti dovuti allo Stato, la tassa di quietanza è pagata invece, dal contribuente. Essa rappresenta un'appendice della tassa principale e cade su chi è obbligato a pagarla. Lo stesso avviene pel dazio di consumo e per le somme che si pagano ai ricevitori del Registro.

(6837) *Ripartizioni delle condotte mediche. - Istituzione di una nuova condotta medica.* — Dott. L. M. da C. — Nessuna Legge o Decreto limita il numero massimo degli abitanti che può essere inscritto ed affidato alle cure del sanitario preposto ad una determinata condotta. L'articolo 22 del Regolamento generale sanitario dice, però, che il numero delle condotte, la loro ripartizione nel territorio e la sede di ciascun sanitario, è stabilito dal Consiglio comunale con l'approvazione della G. P. A. a seguito del parere del Consiglio provinciale di sanità. Qualora l'entità della popolazione assegnata ad una condotta fosse eccessiva crediamo si possa utilmente riferire il fatto al Consiglio Provinciale sanitario.

Il sanitario dell'Opera Pia, cui allude nel quesito non può passare medico condotto in conto del Comune senza speciale concorso. Pel momento, essendo sospesi i concorsi, potrebbe, però, essere nominato interino, sempre che le autorità competenti approvino, nelle debite forme e prima della nomina, l'istituzione della nuova condotta. Il medico condotto già in carica non ha alcun diritto ad occupare il nuovo posto. Dovrebbe anche egli, a suo tempo, esporsi al concorso. La circoscrizione della condotta attualmente a Lei affidata non può essere mutata ad iniziativa del Comune e senza il consenso di Lei, perchè ciò avvenendo si modificano i patti contrattuali ed è ovvio che questi, per le vigenti norme del diritto civile, non si possono modificare se non con l'esplicito consenso di entrambe le parti contraenti. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. 2802:

Le indennità non sono accumulabili. Se il collega percepisce l'indennità di guerra non può percepirne naturalmente altre. I medici promossi ufficiali all'inizio della guerra lo sono stati con anzianità al 23 dicembre 1915.

Al dott. G. G. 60:

Se la malattia è dipendente da cause di servizio l'ufficiale è dispensato dal pagare la retta ospitaliera.

Al dott. A. D., da M.:

Esiste realmente una *circolare* e non un *decreto-legge* che autorizza i medici che *si avvicinino al quarantesimo anno di età* di far domanda per essere assegnati ai servizi civili vacanti. Anche gli ufficiali arruolatisi volontariamente possono usufruire di tale diritto a far domanda, ma i posti sono limitati, e far domanda non significa venire realmente destinati.

Al dott. G. M., da N.:

Essendo il collega della riserva, può venir proposto alla promozione al grado di maggiore *per distinzioni speciali* (Art. 5 della circolare 752, G. M. 1916). Non ha diritto all'indennità di L. 5, essendo ufficiale di ruolo. M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Presidente della Croce Rossa, con lettera 13 marzo 1917, ha nominato consulente oculista degli Ospedali Territoriali della II Circoscrizione il prof. Giulio Valenti, che ha offerto la sua opera disinteressata a beneficio degli ottalmici militari ivi degenti.

NOTIZIE DIVERSE

Conferenza interalleati per gl'invalidi di guerra.

È stata inaugurata a Parigi una Conferenza tra alleati per lo studio della rieducazione professionale degli invalidi di guerra.

La Conferenza è stata promossa da un Comitato franco-belga presieduto dal ministro belga della guerra barone De Benqueville, dal ministro francese del lavoro Leone Bourgeois e dai sottosegretari di Stato Godard e Roden. Alla Conferenza, oltre la Francia ed il Belgio, hanno partecipato l'Inghilterra, l'Italia, la Romenia, la Russia e la Serbia.

A rappresentare l'Italia sono stati delegati il prof. comm. Enrico Burci, ispettore dei servizi di assistenza agli invalidi di guerra, e il maggiore medico Guido Mendes.

La Conferenza si è adunata nel Grand Palais, ora trasformato in un immenso Istituto di rieducazione degli invalidi francesi. In questa circostanza è stata organizzata anche una Esposizione di grafici, apparecchi di protesi, fotografie, ecc., sulla rieducazione degli invalidi.

All'inaugurazione della Conferenza, che ebbe luogo l'8 corr., intervenne il présidente della Repubblica Poincaré; parlarono il ministro belga dell'interno, il ministro francese del lavoro, ecc.; per l'Italia prese la parola il prof. Burci. Si procedette poi alla visita dell'Esposizione; nella Mostra italiana ricevettero le autorità il sen. Foà ed i proff. Putti e Galeazzi; erano presenti anche i rappresentanti della Croce Rossa Italiana, dell'Istituto di rieducazione dei ciechi di Milano e della Cassa Nazionale di assicuraz. per gl'infortuni sul lavoro.

La Conferenza è stata indetta per i giorni 8-12 di maggio. Daremo prossimamente un breve resoconto dei lavori da essa espletati.

Consiglio direttivo dell' Associazione italiana della " Croce Rossa ,,.

Il Consiglio si è adunato sotto la presidenza dell'on. sen. conte della Somaglia.

Il Presidente riferì sullo svolgimento dei servizi, in specie all'interno del Regno; il colonnello Bassi sul funzionamento dei servizi nella zona di guerra. In base a quest'ultima relazione il Consiglio approvò un ordine del giorno: in cui si dichiara lieto che il personale della C. R. I. dia l'opera sua all'esercito e che tenga alto il nome dell'Istituzione fra i prodi soldati d'Italia.

L'on sen. Frascara riferì circa il movimento della corrispondenza tra le famiglie interessate e i prigionieri, le spedizioni di vettovaglie e le trattative per lo scambio dei prigionieri feriti o malati gravemente.

Sul movimento e la propaganda della Croce Rossa all'interno del Regno e all'estero riferì l'on. Ciraolo. Sono stati istituiti 385 nuovi comitati, 244 sezioni femminili, 949 delegazioni comunali, 84 delegazioni all'estero. L'ultimo censimento dei soci del Regno ha dimostrato che esistono 19.743 soci perpetui, 233.455 temporanei; in tutto 253.198 soci. Le 142 delegazioni all'estero hanno raccolto circa 25.000 soci; cosicchè l'Associazione si avvia ad aver circa 280,000 soci fra l'interno del Regno e all'estero.

Il Consiglio chiuse i lavori con un plauso e un ringraziamento alla stampa.

Le perdita del prof. ANNIBALE SALOMONI è stata profondamente sentita dalla Facoltà Medica di Messina, ove Egli insegnava patologia chirurgica sin dal luglio 1894.

Era nato in quel di Cremona il 12 febbraio 1854; aveva studiato e si era laureato a Pavia, si era perfezionato dal Bottini a Pavia, da Billroth a Vienna ed in varie università straniere.

Ha pubblicato una lunga serie di lavori apprezzati sull'anatomia descrittiva e topografica, sulla medicina operatoria, sulla patologia chirurgica. Destò molto interesse anche la sua prima memoria, relativa all'anchilostomiasi nell'agro cremonese.

Godeva di vivissime simpatie e di calda ammirazione nel ceto medico e tra la popolazione.

Indimenticabile nel ricordo dei superstiti resta l'opera che il Salomoni spiegò a Messina dopo il terremoto. Rimasto incolume, egli si moltiplicò e si divise, si trovò dappertutto fra le macerie della città distrutta. Infaticabile giorno e notte, fu il chirurgo di tutti i feriti e salvò centinaia di vittime.

Allo scoppiare della nostra guerra prese servizio militare ed assunse la direzione d'un ospedale a Piacenza. Vi si ammalò e dovette venire arretrato prima a Bologna e poi a Roma. Morì il 18 aprile, assistito fraternamente dai maggiori clinici della Capitale.

P.

Indice alfabetico per materie.

Roma. 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, resp.

Anno XXIV. Roma, 20 maggio 1917 Fasc. 21.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedaletto da campo 103.

Di certe ferite facilmente esposte alle infezioni cancrenose per le lesioni vasali che le accompagnano.

Dott. Gino Baggio,
aiuto della R. Clinica Chirurgica di Roma,
capitano medico di complemento.

In un breve articolo che dovrebbe comparire presto sul *Giornale di medicina militare* mi sono occupato delle ferite della coscia a proposito della facilità con la quale si stabiliscono su di esse dei flemmoni gravi che richiedono sacrifici non indifferenti e provocano nondimeno vittime numerose.

Vorrei ora accennare ad un altro argomento, che al pari del primo non ha nulla di clamoroso, ma come quello trova — a parer mio — nella pratica chirurgica quel tanto di rispondenza che può pagare la spesa di poche parole.

L'argomento è questo: s'incontrano nella chirurgia di guerra certe ferite che hanno una speciale disposizione alle sepsi cancrenose perchè sono complicate da lesioni di grossi vasi; queste lesioni vasali facilmente sfuggono ad un esame sommario.

Che su tessuti depauperati di sangue l'attecchimento di germi patogeni sia più facile che su altri i quali conservano con la sanguificazione normale la loro normale resistenza, è ovvio, è intuitivo: tanto più quando si tratti di germi anaerobii.

Forse: della forma, della misura, nella quale si manifesta questa influenza della soppressione di circolo sanguigno sulla infettabilità dei tessuti, non è altrettanto facile darsi l'idea quando non s'abbia avuto occasione di seguire il fatto « de visu ».

Non dimenticherò mai a questo proposito l'esempio di un ferito al ginocchio con permanenza del proiettile, al quale ferito dovetti allacciare la poplitea per emorragia secondaria. Appena sorpassate le 24 ore dall'allacciatura, la gamba era tutta invasa da cancrena gassosa con un crepitio tipico che dal piede si estendeva su fino al ginocchio; parte della coscia era alquanto edematosa. Quest'individuo era ferito da otto giorni e non aveva certamente la cancrena gassosa prima dell'allacciatura della poplitea. Sì bene doveva avere in sito, assieme ai piogeni che sostenevano una suppurazione limitata, anche i germi anaerobii, perchè non posso ammettere di averglieli portati io. Se così fosse stato, poveri noi! Avrei dovuto essere tutti i giorni in mezzo a processi di questo genere, mentre non lo ero affatto. I germi c'erano nei tessuti; però questi si difendevano: l'infezione è scoppiata quando è intervenuto lo squilibrio circolatorio. Forse, più tardi, a condizioni generali peggiorate, sarebbe scoppiata egualmente.

Ma tutto ciò — ripeto — non fa punto meraviglia; e non è di questo che più mi interessa parlare. Io desidero far notare, invece, che ci sono dei casi nei quali questa causa di ischemia dei tessuti rappresentata dalla interruzione vasale è insita nella ferita, s'è originata con la ferita, non è sopraggiunta dopo, e rimane nascosta all'occhio del chirurgo che non voglia rendersi conto di tutto. In questi casi la lesione riserva delle sorprese di gravità maggiore di quello che può aver lasciato credere.

Mi è capitato due volte, nel breve spazio di pochi giorni, di imbattermi su ferite della coscia complicate da interruzione completa dei vasi femorali senza che vi fosse indizio di relativa emorragia pregressa e senza che traccia alcuna stesse a dinotare che l'emostasi era dovuta all'intervento del chirurgo o ad artificio alcuno di medicazione.

In un caso si trattava di ferita a fondo cieco, da scheggia di proietto, al terzo medio della coscia sinistra, regione antero-interna, interessante i soli tessuti molli.

Il paziente era in condizioni generali assai gravi, se non gravissime. Appena scopertolo notai sulla regione femorale anteriore chiazze azzurrognole e crepitio distinto. Aveva una cancrena gassosa tipica, conclamata. Mi diedi a incidere estesamente sulla ferita per dominarla tutta e per seguire il processo infettivo fino al suo limite; ma quando — dovendo procedere tra i muscoli — andai alla ricerca dei vasi in mezo a quella ganga che occupava il cavo della ferita, non li trovai. Non li trovavo, ed ero sulla regione loro. Li seguii allora da più su della ferita, e, giunto su questa, constatai che erano interrotti completamente tutti e due: due coaguli resistenti li occludevano. A voler vincere la cancrena gassosa, che aveva origine profonda, cercando di mettere allo scoperto i tessuti infetti, su un arto che aveva perduto il circolo della femorale, mi pareva di fare della chirurgia troppo conservativa. Rimanere inerte mi doleva, tentai la disarticolazione, perchè ad amputare cadevo sempre sull'infetto; ma poco dopo l'atto operativo il paziente morì. Nè potevo illudermi molto che gli rimanessero tante energie da sopportare l'intervento.

In un altro caso si trattava di ferita transfossa, pure da scheggia di proietto, ma che aveva attraversato tutte e due le coscie al terzo superiore, e che a destra aveva prodotto una frattura comminuta del femore estesissima.

Incisi ampiamente.

I tessuti molli erano disfatti; il femore era sfracellato per quasi 10 cm. di lunghezza. Ripulii alla meglio il focolajo di frattura, ma quando volli dominare le parti molli fino a raggiungere tessuto sano, dovetti constatare anche qui che arteria e vena femorali erano troncate ed occluse. Per quanto in questo caso l'infezione non fosse gassosa, mi sentii troppo edotto de' sacrifici tardivi che costano i flemmoni gravi della coscia per illudermi che resistesse un arto ridotto a quel modo e già attaccato da un processo cancrenoso invadente. Preferii sacrificare una gamba che giocare tutta la vita del mio infermo, e lo amputai alla meglio sul moncone prossimale di frattura, cercando di conservare un largo lembo posteriore di cute. E fui contento del partito preso, perchè dovetti lottare oltre più di un mese, in seguito, per vincere il processo flemmonoso — diventato suppurativo — che continuava in tutti gli interstizi muscolari del moncone di amputazione e che finì col propa-

garsi alla regione glutea. Ed è contento anche il ferito, che dopo essersi sentito molto vicino a morire cammina ora con una gamba sola, ma..... cammina.

Ho ricordato questi due casi per indurne — come ho detto — una considerazione eminentemente pratica.

Chi ha avuto più volte occasione di spaccare delle coscie avrà notato quanto frequentemente si procede — seguendo il decorso della ferita — a ridosso dei vasi senza che il proiettile li abbia minimamente lesi: anche trattandosi di squarci considerevoli come in certe fratture. Spesso — è vero — l'agente feritore è stata una pallottola di fucile o una palletta di shrapnell. Ma tale intelligenza di decorso non è solo di questi proiettili.

Ad ogni modo non può far meraviglia che il chirurgo non si preoccupi di andare a ricercare l'integrità dei vasi, se non ha altra ragione che la sede della ferita al lato anterointerno della coscia, quando i feriti sono tanti e tali da non sapere a chi badare di più.

E intanto che cosa succede di questi feriti con lesioni vasali?

Lasciamo andare il primo dei nostri due, per il quale c'era ben poco da scegliere, in quanto che: o bisognava tentare qualche cosa subito, o si doveva abbandonarlo per sempre.

Ma nel secondo: se invece di intervenire per la toeletta completa della ferita mi fossi limitato a un trattamento più sommario, la lesione vasale mi sarebbe sfuggita, con le conseguenze che ognuno può immaginare.

E questo è semplicemente il lato negativo — diciamo così — delle considerazioni che si possono fare. Ma ce n'è un altro. C'è quello positivo.

Il secondo dei miei due pazienti era stato ferito il giorno 7 agosto. Portato all'ospedaletto nella notte stessa, era stato operato l'indomani mattina. Quindi su lui ben poco di più di quello che s'è fatto poteva farsi. La celerità con la quale s'è stabilito il processo settico dimostra la grande attenzione che si deve a questo genere di ferite e giustifica pienamente nella mia coscienza la gravità del provvedimento preso.

Ma il primo è stato operato in terza giornata dal ferimento. Colpito il 15 agosto nel pomeriggio, era entrato all'ospedaletto nella notte. L'indomani aveva avuto una medicazione per essere sgombrato il giorno stesso, ma essendo mancato lo sgombro era rimasto, e il giorno successivo eccolo con la cancrena e morto. È uno di quei tre casi di cancrena gassosa — ai quali ho accennato in uno scritto sul funzionamento degli ospedaletti da campo — che ho avuto non appena la pletora del lavoro mi impedì di trattare tutte le ferite chirurgicamente come ho abitudine di fare. Questi e un altro — con frattura comminuta di ambedue le gambe, sul quale tentai la cura conservativa appunto in considerazione dello stato dell'altro arto — morirono; un terzo con frattura comminuta della gamba sopravvisse amputato.

Ora, nel primo dei due pazienti che andiamo seguendo è doveroso ammettere che intervenendo prima si sarebbe potuto guadagnare qualche cosa; e chi può escludere che, anche con vasi recisi, un bell'intervento nei primi momenti dell'infezione, completato dal favore di raggiungere subito e per intero la causa, avesse potuto conservargli e la vita e l'arto? Non erano lese che le parti molli.

Trattare i feriti presto, e trattarli metodicamente. Ecco il grande assioma pratico che emerge dalle nostre due osservazioni.

Ricercare nel funzionamento delle unità più avanzate la causa di questo inconveniente che un ferito giunga all'ospedaletto coi vasi femorali recisi senza che si sia provveduto alla lesione e senza che questa sia segnalata, dinoterebbe mancanza di senso pratico in chi scrive. Del secondo caso so che il paziente stesso mise riparo parzialmente da sè alla emorragia imponente stringendosi a monte della ferita la cinghia dei pantaloni. La cinghia gli rimase in sito tre ore, circa. Poi ebbe la medicazione al posto di soccorso, con la quale giunse a noi, e che era costituita da una fasciatura comune. La coartazione delle tuniche vasali, il processo infettivo stesso che deve essersi iniziato assai precocemente, avranno favorito l'emostasi spontanea. Dell'altro paziente non ho potuto saper nulla.

Trattare i feriti presto, e trattarli metodicamente. E dicendo: trattare, non intendo punto: intervenire per abitudine.

Veramente, questo assioma emerge dalle osservazioni di tutti i giorni. Ed infatti io ho accennato ad altri due feriti affetti da cancrena gassosa: pure su di essi si sarebbe guadagnato intervenendo prima.

Ma certi casi che soffrono, per il ritardo, indubbiament più di altri, si prestano meglio a illustrare il compito e le deficienze dell'opera nostra. Anche nella cancrena gassosa entrano in gioco molti elementi che stabiliscono della gravità dell'infezione.

Ed io vado soffermandomi con predilezione sulle osservazioni modeste perchè, a differenza della chirurgia alta, che può avere delle esigenze speciali e che dà dei risultati, purtrop-

po, inevitabilmente problematici, la chirurgia di guerra modesta — diciamola così — è invece, o dovrebbe essere, a portata di tutti i chirurgi, e se è applicata bene dà, il più delle volte, risultati completamente soddisfacenti.

Ma perchè i feriti siano trattati presto e metodicamente non basta il portarli al chirurgo con sollecitudine, e che questi sia animato dal miglior desiderio di far del bene. Bisogna che ci sia la possibilità di farlo, il bene. Ci vogliono i mezzi indispensabili, per fare della chirurgia sana; e ci vuole il tempo necessario. Ci vuole il *sistema* di lavoro.

CONFERENZE.

Magg. med. prof. ACHILLE CAPOGROSSI.

Igiene e profilassi delle truppe in campagna, con riguardo speciale al colera, all'ileo-tifo e al dermotifo (1).

L'A., dopo aver parlato della grande importanza della *profilassi preventiva e diretta* per le truppe combattenti, accenna alle norme igieniche generali, che valgono per l'esercito, anche in tempo di pace, e all'ordinamento dei servizi di soccorso, ricovero e sgombero di malati e feriti in tempo di guerra.

L'applicazione rigorosa di quelle norme e le vaccinazioni costituiscono i due capisaldi della profilassi preventiva. La profilassi diretta, ad epidemia scoppiata o minacciante, si fa coi mezzi di difesa ben noti, che consistono essenzialmente *nell'isolamento dell'individuo sospetto o infetto e nel risanamento dell'ambiente inquinato.* Nella zona di Intendenza e in quella territoriale la difesa dai morbi contagiosi è resa agevole e regolata da numerose disposizioni ben note. Una maggiore difficoltà presenta l'igiene di accantonamenti, baraccamenti e bivacchi in seconda linea e più indietro. È necessario evitare località infette o semplicemente sospette, l'agglomeramento eccessivo e i troppo facili contatti con la popolazione civile.

Del resto i concetti fondamentali della pulizia e dell'ordine rimangono identici a quelli che regolano l'igiene di ogni abitazione, *tenendo anzitutto presente la possibilità di avere acqua potabile e di smaltire bene i rifiuti.*

Il punto più scabroso è sempre quello del come può esercitarsi tale difesa preventiva e diretta dalle malattie contagiose fra le truppe combattenti sulla linea delle operazioni e nelle stesse trincee.

La guerra odierna si serve su larga scala di quest'ultimo sistema di alloggiamento e lo ha ridotto, perfezionandolo, un terribile strumento di difesa e di offesa. *Pertanto la trincea ha assunto dal lato igienico un'importanza enorme.* La vita in comune piena di disagi e di emozioni, gli inevitabili e prolungati contatti ne hanno fatto *un ambiente epidemico per eccellenza.* Già varie malattie hanno assunto l'appellativo della trincea: tutte quelle diffusibili hanno in essa la maggiore facilità di sviluppo: altre infine sono caratteristiche della immobilità e dello spavento, come i congelamenti, le nevrosi e le più svariate forme dispeptiche. Ad onta delle grandi difficoltà, che si incontrano sulla linea delle operazioni, l'igiene della trincea deve essere rigorosamente curata. È opportuno dare spesso il turno alle truppe e provvedere al cambio delle biancherie e dei vestiari. Alla pulizia si deve provvedere per turno dai soldati stessi, che occupano il trinceramento. Sarà più facile ottenere lo scopo se si avrà l'avvertenza che il piano della trincea sia leggermente inclinato nella sua lunghezza e ciò per favorire anche lo scolo delle acque. La paglia deve essere cambiata spesso. In generale poi *è necessario partire dal principio che tutte le deiezioni umane sono pericolose.*

Quindi si deve provvedere, in vicinanza delle trincee, alla costruzione di fosse latrine, che potranno servire la notte. Di giorno, per non esporsi al tiro nemico, si rimedierà nella trincea stessa colla costruzione di buche profonde, che saranno spesso irrorate con calce, o almeno interrate frequentemente. Le stesse e analoghe precauzioni varranno anche per i rifugi in *caverne* naturali o artificiali.

L'A. tratta in seguito del grave problema di provvedere acqua potabile batteriologicamente pura. *Anche qui si deve partire dal concetto che le acque esistenti (anche quelle sorgive) nelle zone ove si combatte sono tutte sospette di inquinamenti.*

Il metodo migliore di epurazione e il più pratico è quello coi filtri a candela Berkefeld o Slack e Browlow.

L'unico inconveniente di questi apparecchi è costituito dalla necessità di nettare frequentemente le candele, che facilmente si rompono. Talora è necessario far precedere la sterilizzazione da una chiarificazione a mezzo di un filtro di sabbia o di cotone idrofilo (Verney). *In mancanza dei filtri a candela, di cui ogni pic-*

(1) Da una Conferenza tenuta a S. Giovanni di Manzano, il 4 novembre 1916, per invito della Direzione dei Servizi Sanitari.

cola unità dovrebbe esser fornita, è indispensabile, dopo eventuale chiarificazione, l'ebullizione con thè o caffè. Dei procedimenti chimici i migliori sono quelli coi permanganati, col jodio o col bromo (Testi). Difficilmente tuttavia potranno essere adoperati sul fronte. In mancanza assoluta di acqua, il trasporto di questa si fa con recipienti impermeabili lavati e sterilizzati frequentemente. Su essi si deve esercitare la più attenta sorveglianza. Come pure una grande sorveglianza si deve esercitare sulle carni che, come è noto, possono dar luogo, se infette (salmonellosi), a gravi gastro enteriti infettive a forma epidemica.

La difesa preventiva dai morbi contagiosi comprende anche tutte quelle disposizioni che tendono *ad impedire l'importazione delle malattie infettive nell'esercito operante.* Nel passato si temeva moltissimo l'insorgere di epidemie dai campi di battaglia, dalla decomposizione dei cadaveri. Oggi sappiamo che quest'ultimo pericolo non è grande. La concorrenza dei germi della putrefazione distrugge quasi sempre e presto ogni traccia di infezione. Pei cadaveri lasciati all'aperto, l'aria e la luce solare compiono il resto. Alla superficie delle salme dei colerosi, i vibrioni sono morti già dopo 30 ore circa.

Ma ciò non ci esime dal fare sempre una disinfezione del campo di combattimento. *Si deve anzitutto temere la trincea nemica. Appena sia stata conquistata è necessario procedere alla tumulazione dei morti e bruciare tutto il resto.* Tale precauzione è indispensabile sopratutto ora che siamo informati dell'esistenza del tifo petecchiale e del colera nell'esercito nemico.

Deve essere severamente proibito ai soldati di indossare i vestiti, le scarpe, ecc. dei nemici morti o prigionieri. L'inumazione dei cadaveri si fa secondo le norme del Regolamento del servizio sanitario in guerra. I prigionieri malati o feriti debbono essere rapidamente allontanati e isolati. Anche quelli apparentemente sani possono essere *portatori di germi.* Si dovranno pertanto adottare per essi, come per gli altri, tutti i provvedimenti del caso: isolamento e indagini batteriologiche durante il periodo contumaciale.

L'A. indica poi l'opportunità di servirsi, oltre che del fuoco, anche delle *Sezioni di Disinfezione* assegnate alle varie Armate, e la necessità di allontanare subito i casi infetti o sospetti che si manifestassero fra le stesse nostre truppe e coloro che avessero avuto contatto con essi. Insiste quindi nel rilevare che questi e gli altri mezzi di profilassi diretta, pure essendo efficacissimi, non possono essere applicati rigorosamente nelle zone dove si combatte. È evidente invece che la *profilassi preventiva,* eliminando, sino a che è possibile, le condizioni di luogo favorevoli allo sviluppo di morbi contagiosi, impedendo l'importazione di questi, e aumentando la resistenza individuale (anche colle vaccinazioni), abbia di fronte all'altra una prevalenza indiscutibile.

* * *

Prima di parlare della profilassi del tifo, del dermotifo (o tifo petecchiale) e del colera, l'A. rileva alcune particolarità di queste malattie, che interessano sommamente l'igiene, e la necessità di un sollecito riconoscimento della forma morbosa. Se è vero che la diagnosi è la suprema necessità della cura, è altrettanto vero che una diagnosi esatta e rapida è la suprema necessità della profilassi. Fra il tifo e i paratifi (dei quali, come è noto, esistono parecchie varietà) non è possibile una differenziazione in base ai soli sintomi clinici. Si rammenta solo che le infezioni da paratifi A e B dànno con certa frequenza fenomeni meningei, e che il paratifo B può dare forme simili al *cholera nostras* e anche letali, come quelle prodotte dal *bacillus enteritidis di Gärtner* e dagli altri del gruppo delle Salmonellosi.

La diagnosi di tifo non è facile all'inizio del morbo e prima della comparsa delle roseole e di un evidente tumore di milza. Tuttavia l'A. non crede giustificato l'abuso delle denominazioni in voga di *febbre intestinale o di infezione intestinale;* come pure di *intossicazione intestinale* e di *febbre gastro-reumatica.* Tali termini ambigui si adoperano di solito per battezzare malattie febbrili di cui non si può, o non si sa fare l'esatta diagnosi. Oggi sappiamo (Sanarelli) che le lesioni caratteristiche della febbre tifoide sperimentale sono dovute ad un veleno, *che non si produce nell'intestino* (come prima si credeva) ma nell'interno dei tessuti, e che agisce poi elettivamente su tutti gli organi linfatici e prevalentemente sull'intestino. Anche veleni minerali (mercurio, arsenico, antimonio) dànno, come è noto, intense infiammazioni del tubo digerente, pur quando siano introdotti semplicemente attraverso la cute.

Qualche volta si giunge al punto di voler definire una malattia febbrile per una *autointossicazione intestinale.* Persino qualche trattatista si serve di questa esilarante definizione. Non sappiamo ancora quale sia l'organismo vivente che intossichi sè stesso senza il concorso di cause esterne. Si dice che il termine di autointossicazione intestinale sia applicabile a quei casi in cui si ha un esaltamento

della virulenza dei germi ospiti abituali dell'intestino. Ma ciò non è dimostrato, per l'uomo, in modo ineccepibile. Di più, se si dovesse regolarsi così in ogni caso, allora non si comprende perchè, p. es., la polmonite o la meningite epidemica non debbano chiamarsi autointossicazioni, dal momento che tanto il pneumococco come il meningococco possono trovarsi come ospiti innocui nelle prime vie aeree. Lo stesso ragionamento potrebbe farsi per i portatori dei germi del tifo. Infatti è stato più volte sostenuta *l'autointossicazione da strapazzo*, e recentemente indagini sperimentali del Sanarelli conforterebbero l'opinione che germi tifici e paratifici (anche se non più isolabili nelle colture artificiali) « possono soggiornare per un tempo più o meno lungo nel canale digestivo allo stato latente, ma ancora in condizioni tali da poter ricuperare la virulenza e la coltivabilità al sopravvenire di circostanze specificamente favorevoli ». Sanarelli suppone perciò che i processi morbosi paratifoidi e anche tifoidi siano dovuti nell'uomo, più che al solo fatto della presenza dei relativi germi, « all'azione predisponente creata da circostanze particolari che deprimono la resistenza organica e sono capaci di virulentare i microbi già preesistenti ». Ma anche in questo caso non parrebbe del tutto esatto servirsi dell'appellativo di infezione *autogena* o *autotossica*. L'organismo è sempre passivo e il processo morboso non proviene dalla sue cellule, ma dai germi e da circostanze speciali. Nel prodursi di un'epidemia dovremmo allora dare la maggiore importanza alle circostanze capaci di virulentare su larga scala e in un gran numero di individui i bacteri innocui, che si trovano nel loro intestino; oppure di nuovo ammettere che germi già virulentati in un primo individuo infettino gli altri.

Con ciò l'A. non intende escludere l'esistenza di intossicazioni o di infezioni aventi sede nell'intestino. Ma da questo al battezzare ordinariamente e sistematicamente delle febbri, che durano già da qualche giorno o da qualche settimana, per febbri intestinali (semplicemente perchè la lingua è sporca e la digestione turbata, come in tutte le infezioni), ci corre.

La questione ha una grande importanza statistica e perciò anche epidemiologica. Perchè molte di tali infezioni vengono poi elencate come vero tifo.

Quando non si possa porre la diagnosi clinica esatta di questa malattia e l'indagine di laboratorio non si possa eseguire o sia negativa, sarebbe meglio di valersi di altri termini: per es. *Febbre infettiva a tipo tifoso*, o *febbre infettiva di eziologia incerta*. Ciò stimolerebbe anche a fare altre indagini su queste forme eziologicamente sconosciute e non rare, come molti *itteri infettivi*.

Una malattia di cui si debbono sempre tener presenti le numerose forme cliniche prima di denunziare un caso di tifo o di darlo per sospetto è la malaria. Non si deve dimenticare che il Basso Isonzo è una regione malarica, che il Medio Isonzo non è certo immune da malaria e che i nostri soldati vengono in gran parte da regioni malariche, perchè l'Italia è una delle regioni più malariche d'Europa. È risaputo che individui affetti da malaria latente, se si sottopongono a strapazzi, a freddo, a bagnature possono ricadere, specialmente in certe stagioni dell'anno. In molti casi di così detta infezione intestinale, autointossicazione, febbre gastro-reumatica, ecc., l'uso razionale della chinina ha troncato subito il processo febbrile. La somiglianza della sintomatologia della *subcontinua malarica* col tifo è spesso grandissima. *La ricerca del parassita malarico dovrebbe farsi subito e prima di chininizzare il paziente.*

Anche se il laboratorio non è alla portata, è semplicissimo inviare a quello più vicino uno o due vetrini con preparati a fresco, avvoltolati in carta bibula, e conservabili per un certo tempo.

La coltura del sangue o *emocoltura* è un metodo di indagine prezioso, ma purtroppo spesso non dà risultati, specialmente se non viene eseguito all'inizio della malattia.

La *sierodiagnosi* invece è un mezzo di ricerca assai più semplice, che può essere eseguito senza grandi mezzi di laboratorio. Ma anzitutto si deve porre la questione se nei vaccinati le agglutinine, che si formano con la vaccinazione, siano d'ostacolo per riconoscere quelle che si formano durante l'infezione. Oggi si ritiene dai più che il titolo di diluizione del siero agglutinante sia basso nei vaccinati e che perciò si possa dare valore diagnostico solo a titoli elevati. Anche la presenza di *agglutinine di gruppo* o *coagglutinine*, che agiscono sul bacillo di Eberth e nello stesso tempo sui germi a questo affini, può rendere dubbia la ricerca; e il metodo delle saturazioni non è così semplice come qualcuno afferma, perchè l'agglutinina non specifica (coagglutinina) scompare con la saturazione dell'agglutinina specifica insieme a questa, mentre non accade il contrario (Castellani). Nei vaccinati la presenza di coagglutinina può rendere anche più complicato il problema per i risultati variabilissimi che si possono avere a seconda dell'epoca della vaccinazione e

della data di inizio dell'infezione. Queste circostanze hanno tolto alla sierodiagnosi gran parte del valore, che le era una volta attribuito. L'agglutinazione è un fenomeno assai complesso che anzitutto non si sottrae alle ordinarie leggi di attrazione molecolare. Salvioli e l'A. hanno veduto che molti sieri agglutinano fortemente i finissimi granuli di inchiostro della Cina e di carminio. Anche l'agglutinazione in pile degli eritrociti è un fenomeno di attrazione molecolare. Tuttavia dal lato clinico non si può disconoscere all'agglutinazione un certo valore, specialmente nei non vaccinati. In ogni caso bisognerà tenere presente che:

1° *L'agglutinazione (sebbene assai di rado) può fare difetto anche in casi clinicamente conclamati;*

2° *Può essere presente per un'eventuale infezione pregressa non diagnosticata e non conosciuta, o per la vaccinazione;*

3° *Nei primi giorni di malattia può mancare o essere debolissima e perciò è necessario ripetere la ricerca successivamente;*

4° *È prudente dare valore solo a titoli fortissimi di diluizione* (1/200-1/500), *specialmente quando un siero agglutina contemporaneamente più di uno stipite tifoso.*

5° *È necessario mettere in rapporto il risultato della sierodiagnosi con tutti gli altri dati clinici e sperimentali, specialmente con l'emocoltura.*

Riguardo *alle colture col materiale fecale* alcuni mettono in dubbio per i paratifi il valore di tale ricerca, perchè questi germi possono provenire dalle bevande o dagli alimenti, e possono albergare come ospiti innocui nell'intestino. Inoltre l'A. osserva che negli Ospedali spesso i malati di tifo sono stati sottoposti a lavaggi intestinali con liquidi per certo non abatterici, se pure asettici, e con cannule che servono contemporaneamente per malati diversi. Il materiale dovrebbe perciò essere prelevato dal centro della massa fecale appena espulsa e possibilmente prima che si siano praticati enteroclisi o si siano presi disinfettanti per bocca. Anche l'esame delle feci è un buon sussidio diagnostico, ma non da interpretarsi in senso assoluto, specialmente quando è negativo, e senza tener conto di tutto il resto.

Nel *dermotifo* o *tifo esantematico* o *petecchiale* la diagnosi deve essere più rapida che è possibile, per la grande contagiosità e la resistenza del *virus* (ancora sconosciuto) di questa malattia. Il tifo petecchiale è una vera setticemia. L'infezione si trova nel sangue (è stato chiamato anche tifo dei vasi) senza dare le localizzazioni secondarie caratteristiche del tifo addominale. Il sangue nei soggetti colpiti, iniettato in scimmie o in cavie, riproduce il quadro morboso. In sostanza la malattia ha abusivamente l'appellativo di tifo: somiglia piuttosto alle comuni febbri esantematiche. Col tifo vero ha solo in comune lo stato tifoso e il delirio vigile, o grave. Ma tali fenomeni si presentano assai precocemente, all'opposto di quanto si verifica nel tifo. L'esantema, preceduto per lo più da congiuntivite, rinite, angina leggera (caratteri importantissimi!) compare verso il 4°-5° giorno, ed è rosso pallido un po' sporco, a macchie poco o punto sollevate, per lo più grandi, male delimitate e confluenti, che ricordano quelle del morbillo e della rosolia. Esso si diffonde con grande rapidità, invadendo le ascelle, i fianchi e le braccia. Poi si generalizza: *ma il viso, le palme delle mani e le piante dei piedi sono risparmiate.* Le macchie all'inizio scompaiono sotto la pressione digitale; dopo qualche giorno diventano ecchimotiche, petecchiali. Per la differenziazione col morbillo, la scarlattina e la rosolia si deve tener presente che l'eruzione in queste malattie invade presto e sopratutto la faccia, che nel tifo petecchiale è risparmiata, come è risparmiato spesso il collo. In seguito la comparsa di emorragie cutanee, che è un'eccezione nelle suddette malattie esantematiche, è la regola nel tifo petecchiale. L'eruzione poi ha caratteri fondamentalmente diversi dalla notissima roseola tifosa, che compare solo verso il 10° giorno.

Prima della comparsa dell'esantema la malattia ha qualche somiglianza col vaiuolo iniziale. Ma qui l'esantema iniziale ha di solito caratteri scarlattiniformi ed è localizzato agli inguini ed all'interno delle coscie, oppure irregolarmente qua e là. Di più esso comparisce verso il 2° giorno di malattia, o anche più presto (nel tifo esantematico non prima del 4° giorno dall'inizio della febbre), mentre verso il 3° giorno si presenta l'eruzione vaiuolosa vera, che non risparmia la faccia, ma di solito la invade per prima. L'equivoco non è più possibile.

Durante questa guerra non pare che il tifo petecchiale abbia fatto le stragi che fece in altri tempi e in altre guerre. Ma da una comunicazione del dott. Jeanneret-Miukine (Losanna) si apprende che nel 1915 l'Austria e la Russia hanno annunciato un gran numero di casi, la Serbia è stata colpita da un'epidemia violenta. Al principio dell'epidemia la mortalità fu del 50%, in seguito si abbassò ad una media del 15%.

Per il *colera asiatico* bisogna tener presente

che certi avvelenamenti alimentari possono simularlo: conserve, legumi, carne infetta, ecc. Ma in questi casi è singolare che il vomito precede la diarrea, mentre nel colera accade l'opposto. La diarrea risiforme, l'ipotermia, l'afonia precoce, l'anuria, la *facies abdominalis*, sono certo segni di grande valore. Oltre a ciò si sarà facilmente indotti al sospetto di colera, anche in casi di diarree semplici, di *cholera nostras* o di gastroenteriti da paratifo B, quando vi sia un'epidemia. Ma la clinica è impotente a dimostrare se si tratta di colera, o di fenomeni coleriformi prodotti da un'altra infezione. Anche l'uremia, come è noto, può dare gravi crisi diarroiche e vomiti. È indispensabile l'esame batterioscopico e colturale delle feci, che si può fare in poche ore. È di capitale importanza che il medico, che si trova sul posto, sappia prelevare il materiale da inviarsi al più vicino laboratorio batteriologico. L'A. riferisce le necessarie istruzioni in proposito.

La nuova ipotesi (Sanarelli) che il vibrione colerico possa penetrare per le tonsille e che di lì, giungendo all'intestino, produca la grave enterite colerica *solo quando* l'organo non si trovi in condizioni normali per l'eventualità di associazioni microbiche (*coli*) che ne diminuiscano la resistenza, è indubbiamente da prendersi in considerazione, anche perchè si fonda su dati sperimentali precedenti già noti. Ma non sarà facile tuttavia escludere del tutto la via di ingresso gastrointestinale, pure ammettendo anche nell'uomo la cooperazione di altri germi.

Mentre dal lato della patogenesi e dell'epidemiologia la nuova teoria porterebbe (forse anche per altri morbi) una modificazione delle nostre vedute, la profilassi non ne resterebbe molto modificata. Solo vi è da notare che se il tubo digerente perfettamente sano è (come si afferma) inattaccabile dal colera, ne verrà di conseguenza — di fronte alla minaccia di un'epidemia — la necessità di allontanare tutti coloro che soffrono di disturbi della digestione e di regolare in modo rigoroso l'igiene individuale dell'alimentazione.

L'A. fissa in seguito i criterî epidemiologici essenziali del tifo, del dermotifo e del colera, facendo rilevare l'importanza che ha la *pediculosi* nella trasmissione del tifo petecchiale e probabilmente anche del tifo addominale e forse di altre infezioni. Tratta quindi della *possibilità di ricercare i germi patogeni nel corpo di tali parassiti della pelle umana*. Insiste da ultimo sull'insufficienza delle sostanze chimiche applicate sulla persona, se contemporaneamente non si distruggono alla stufa gli insetti e le lendini nelle biancherie e nei vestiti. Il petrolio, in ogni caso, serve meglio della benzina ed è forse il più pratico dei mezzi chimici adoperati.

***

Dopo aver riassunto dettagliatamente la condotta da tenersi dai sanitari di fronte a casi infetti o sospetti, l'A. entra a parlare della vaccinazione, che rappresenterebbe l'ideale della profilassi preventiva.

Non esiste un metodo di vaccinazione per il dermotifo.

Per la vaccinazione contro il colera si adoperano, nel modo conosciuto, colture uccise dal calore. Da comunicazioni recenti riferentisi principalmente ad eserciti stranieri, si apprende che la durata dell'efficacia protettiva della vaccinazione anticolerica è di 3-4 mesi circa e non di un anno come prima si credeva. Mancano all'A. dati precisi sul nostro Esercito. Si sa tuttavia, da comunicazioni verbali, che il risultato è stato buono, sebbene, come per il tifo, le vaccinazioni non siano state eseguite regolarmente. È certo però che anche le misure dirette debbono avere poderosamente contribuito ad arrestare la diffusione del morbo.

Anche per *la vaccinazione antitifica* si adoperano iniezioni di colture di bacillî tifosi, uccisi alla più bassa temperatura possibile. L'immunità si acquista solo dopo un certo tempo, e può essere preceduta da un breve periodo in cui l'organismo diventerebbe più sensibile all'infezione tifosa: la così detta *fase negativa*. Sembra che, adoperando dosi meno forti di vaccino e valendosi nella preparazione di bacilli meno virulenti, tale pericolo si eviti costantemente; tuttavia, siccome l'uso dei vaccini a dosi generose è pure raccomandato, la possibilità della fase negativa va tenuta presente e si deve fare attenzione a non equivocare con la reazione che si può avere in soggetti vaccinati nel periodo di incubazione della malattia, o inavvedutamente all'inizio di essa.

I risultati, che si ottennero colle vaccinazioni antitifiche nel nostro esercito in altre circostanze e quelli di cui abbiamo notizia da altre nazioni, sarebbero soddisfacenti. Purtroppo presentemente da noi non possiamo dimostrare che sia così. Il magg. prof. Galeotti, in seguito alle ricerche compiute dal settembre al dicembre 1915, non potè infatti raccogliere dati statistici che permettessero un sicuro apprezzamento sugli effetti della profilassi vaccinica. Egli osserva che « la constatazione di un numero considerevole di tifosi, che avevano su-

bito 3 vaccinazioni immunizzanti, ha ingenerato una certa sfiducia sulla loro efficacia; ma un esame più accurato dello stato delle cose fa vedere che tale sfiducia è ingiustificata, o per lo meno esagerata». Il Galeotti attribuisce l'insuccesso al non avere eseguito vaccinazioni in massa, nè regolarmente; all'avere adoperato vaccino debole e all'esistenza di forme paratifiche, per le quali l'immunizzazione pel solo bacillo Eberth non ha valore. Per gentile comunicazione del capitano dott. Pentimalli l'A. ha potuto apprendere che su 300 casi di tifo e paratifo fra le truppe combattenti alla fronte di Gorizia (dal 18 luglio al 13 ottobre 1916) i casi di paratifo erano in assoluta prevalenza su quei di tifo e le percentuali del paratifo A si avvicinano a quelle del paratifo B; nell'anno precedente invece, secondo Galeotti e nelle stesse zone, il paratifo B era in prevalenza sul paratifo A. L'interpretazione di questo fatto deve essere molto guardinga: esso potrebbe dipendere non solo dalla prevalenza dei paratifi sul tifo nell'ambiente inquinato, ma semplicemente dalla prevalenza numerica degli individui, già vaccinati per il solo tifo, esposti nello stesso ambiente alle stesse cause di contagio. È chiaro allora che, se anche i paratifi si trovano nell'ambiente (come di solito accade), il numero degli individui colpiti da infezioni paratifoidi sarà relativamente maggiore. Ma del resto non si può escludere che effettivamente possa darsi una prevalenza variabile del tifo, o di una o dell'altra delle sottospecie paratifiche in una stessa località in tempi diversi. E ciò non tanto per il variare delle condizioni favorevoli allo sviluppo dell'uno o dell'altro germe, quanto anche per nuove importazioni.

I dati, raccoti dall'A. sui 1145 infermi, dati come tifosi, curati nell'Ospedale da Campo 222 dal 25 maggio a tutto ottobre 1916, sono questi:

812 malati erano stati vaccinati tre volte nel 1916;
86 tre volte nel 1915;
124 una o due volte nel 1916;
14 una o due volte nel 1915;
109 non erano stati vaccinati.

Dei morti:
18 erano stati vaccinati tre volte nel 1916;
3 tre volte nel 1915;
5 una o due volte nel 1916;
4 non erano stati vaccinati.

Di 10 casi, che decorsero con enterorragia ripetuta e grave:
7 erano stati vaccinati nel 1916;
3 non erano stati vaccinati.

Anche negli altri casi, che ebbero decorso grave e lungo, la prevalenza dei vaccinati sui non vaccinati fu assoluta.

Per la data dell'inizio della malattia, di fronte a quella della vaccinazione, si potè escludere in ogni caso l'influenza della così detta *fase negativa.*

Queste cifre hanno un certo significato, ma non si può dare ad esse un valore assoluto. Anzitutto gli accertamenti diagnostici con l'emocoltura e con la sierodiagnosi non furono potuti eseguire che in un numero assai limitato di casi. Per la mancanza di un laboratorio non si eseguirono nemmeno altre indagini indispensabili, sopratutto l'esame del sangue per la malaria. Molto meno si poterono fare ricerche sull'*ittero epidemico* nei suoi rapporti con le infezioni a tipo tifoso. E gli itteri sono tutt'altro che rari all'inizio o, assai più spesso, al cessare della febbre. Da ultimo, anche i dati riferentisi alle vaccinazioni, raccolti dagli stessi malati, non sono sempre attendibili.

Per una statistica che abbia valore epidemiologico le diagnosi delle malattie infettive debbono partire dalla eziologia.

Può essere esatto e sufficiente nella pratica comune porre una diagnosi p. es. di pleurite, di tifo, di meningite. Ma per l'epidemiologia e per la profilassi è indispensabile sapere se la meningite era dovuta ad uno stafilococco o o un diplococco, se la pleurite era secondaria ad una infezione eberthiana, se la febbre a tipo tifoso era dovuta al bacillo di Eberth o a qualche altro germe affine. Di qui scaturisce la necessità che gli Ospedali per malattie infettive (collocati il più indietro possibile) debbano essere forniti di laboratorio e di un buon batteriologo. L'A. non riterrebbe adatti gli Ospedali e gli Ospedaletti da Campo per il ricovero sistematico dei malati infettivi. Solo la cooperazione del Laboratorio con la Clinica può indirizzarci nello studio spesso non facile della natura dei morbi in rapporto con la sintomatologia.

Ma per quanto riguarda il giudizio sull'efficacia delle vaccinazioni nell'esercito, l'interpretazione dei dati statistici ospitalieri va fatta in ogni caso con molta cautela. I risultati possono essere addirittura a rovescio delle previsioni. E si comprende. L'Ospedale ricovera *soltanto* gli individui che si sono infettati. *Le conclusioni più importanti per la profilassi debbono invece scaturire dal paragone fra la morbilità dei vaccinati e dei non vaccinati esposti al medesimo pericolo di contagio.* È evidente che se le vaccinazioni non sono eseguite e registrate con regolarità, se non si fanno in massa e se non si tiene conto delle sorgenti

d'infezione per ogni zona, mentre non si raggiunge lo scopo, è resa impossibile ogni seria conclusione sulla difesa preventiva coi vaccini.

Inoltre, per la diffusione e per la tendenza ad aumentare delle infezioni paratifiche A e B sarà indispensabile adoperare un vaccino trivalente (tifo, paratifo A e B) secondo Castellani, come già Vidal e Cournmont hanno eseguito in Francia e come fu anche praticato in altri tempi nell'esercito italiano.

Senonchè, esistendo numerose sottospecie di paratifi e potendo variare, secondo le zone e secondo l'epoca, lo stipite del bacillo in questione, sarebbe necessario iniettare vaccini immunizzanti non solo trivalenti, ma plurivalenti; col rischio che quello patogeno non sia biologicamente quello stesso adoperato per la profilassi.

L'assoluta specificità delle sostanze immunizzanti, che si producono — come è noto — col trattamento diretto a conferire all'organismo un'immunità acquisita, spiega molto bene come si possa non ottenere lo scopo se non si adopera nel trattamento l'identico germe, che produce l'epidemia.

L'A. *riterrebbe pertanto consigliabile di adoperare per le iniezioni profilattiche un materiale preparato collo stesso o cogli stessi germi, che sono causa dell'epidemia in un dato ambiente, cioè con quelli che si trovano nel sangue dei tifosi di una data zona.* Questi vaccini potrebbero forse essere utili anche per la cura.

DISCUSSIONE.

Il maggiore medico GARDINI dice d'aver riscontrato in seguito all'iniezione antitifica casi veri e propri di tifoide, e casi di febbre a carattere continuo della durata di circa due mesi. La temperatura non ha oltrepassato in questi casi il 38°. Molti individui poi, dopo le iniezioni, hanno presentato fenomeni di esaurimento con facilità al sudore ed alla stanchezza, fenomeni che si sono protratti per qualche mese.

Il R. risponde che non è possibile farsi un concetto chiaro di tali casi senza un'osservazione diretta di essi, ma che è probabile che un'infezione si sia verificata nel periodo della fase negativa, o che esistesse già in incubazione. Verosimilmente è un'infezione di paratifo A, che può dare le forme più irregolari e più lunghe.

Il tenente medico TORNANI conferma che pure a lui in due casi, fra gli allievi ufficiali della Compagnia residente a B..., vaccinati contro il tifo, è occorso di notare una sintomatologia classica, sebbene molto attenuata, dell'ileo-tifo, insorta subito dopo la prima iniezione in un caso, dopo la seconda nell'altro.

Ritiene poi che nel computo statistico della morbilità e mortalità, in rapporto alla vaccinazione antitifica, si debba tener conto dell'epoca in cui questa era stata praticata. E ciò, riferendosi alla fase negativa della vaccinazione, poichè questa non si pratica in un'epoca unica, ma successivamente in ogni mese, a seconda della varia attività bellica dei reggimenti, a seconda dell'epoca di entrata in campagna dei complementi, talora pochi giorni prima dell'inizio della malattia, come gli è occorso di osservare non di rado; avendo certamente la data di vaccinazione degli individui infermi un'importanza grandissima.

Il maggiore medico RIVALTA rileva che la difficoltà della diagnosi differenziale tra febbre tifoide e febbre malarica, cui ha accennato il relatore, può riscontrarsi in altre malattie non escluse le traumatiche di guerra. È noto come tutti i traumi possono risvegliare un'infezione malarica latente e quindi anche i traumi di guerra; ma è meno noto come di raro in tali casi si osserva la curva caratteristica della febbre periodica, trattandosi il più spesso di febbre molto elevata continua remittente che fa anzitutto pensare ad una complicazione, o successione morbosa della ferita locale.

Così in una ferita-frattura del cranio, malgrado che dopo la craniectomia il processo locale procedesse normalmente, si sviluppò una febbre elevata che si protrasse a lungo senza cedere ad alcun trattamento, finchè, nato il sospetto che si potesse trattare d'infezione malarica, quantunque nulla si rivelasse in proposito dall'anamnesi del paziente, consigliò di somministrare il chinino, che per via interna fece diminuire la febbre, ed infine per iniezione sottocutanea la fece cadere. Un caso analogo ha osservato all'Ospedale da campo 022 pure in un ferito al cranio da arma da fuoco, ed. ammaestrato dal caso precedente, consigliò del pari la cura chininica con esito favorevole. Il professionista che ha esercitato in località indenni da malaria, difficilmente corre colla mente alla possibilità dell'esistenza d'infezione palustre, già muta, in traumi di guerra, quando non è richiamata la sua attenzione dall'andamento periodico caratteristico della piressia; ma il medico, specie militare, che, per la sua diuturna esperienza, ha avuto occasione di osservare molti militari, provenienti da luoghi malarici, è in grado di dare in tali non rare evenienze, un'interpretazione pronta e sicura.

Il capitano medico MALTESE avendo il relatore, a proposito della profilassi anticolerica, accennato alle difficoltà diagnostiche che offre talvolta l'infezione colerica, crede utile riferire un caso osservato recentemente nel suo Ospedale. Si trattava di un soldato inviato colla diagnosi di febbre gastro-reumatica. All'esame obbiettivo presentava: lingua patinosa, addome tumido, organi interni normali, temp. 38°,5, alvo regolare. Tre giorni dopo nella notte insorse improvvisamente vomito e diarrea, a cui seguì tosto cianosi, polso piccolo, ipotermia, afonia e anuria. Nella sera morte. All'autopsia praticata 24 ore dopo: rene congesto, granuloso, molle, aumentato di volume; fegato in preda a degenerazione grassa; intestino fortemente iperemico. Fu asportato un tratto del tenue vicino al cieco, per l'esame batteriologico del contenuto, il quale diede risultato negativo. La diagnosi di questo caso rimane dubbia, essendo poco attendibile il reperto batteriologico del contenuto dell'ansa, perchè l'autopsia fu praticata 24 ore dopo.

R. R.

NOTE E CONTRIBUTI.

Il problema della cura dei soldati malarici.

Prof. N. PENDE.

In occasione del suo ultimo applaudito discorso al Senato in favore del dovere improrogabile dello Stato di un'assistenza radicale degli infelici militari, colpiti dalla tubercolosi, l'illustre prof. Marchiafava ha ricordato i due altri flagelli del nostro esercito, l'alcoolismo e la malaria.

Ora è giusto che tra i problemi sanitari di guerra, che oggi agitano tante anime generose, nel mondo medico e non medico, il problema antitubercolare abbia richiamato a sè la maggiore attenzione e concentrato su di sè l'universale pietà. E ciò, senza dubbio, per la ragione psicologica che questo problema commuove assai più d'ogni altro i sensi altruistici, ma diciamolo pure con sincerità, anche assai più i sentimenti egoistici della società: questa, ancora poco convinta che il contagio non basta per la genesi della tubercolosi, considera il contagio stesso come una spada di Damocle sospesa continuamente sul capo dei sani, ed alla quale non si può sottrarsi, se non isolando entro opportuni luoghi di cura i poveri tisici.

Se non che chiunque di noi ha avuto la fortuna di esercitare, fin dall'inizio della guerra, in grandi ospedali militari di medicina, converrà che il numero dei soldati tubercolosi, anche tenendo conto di tutte le svariate forme cliniche di localizzazioni tubercolari, non è, alla fin dei conti, che molto scarso, come del resto altri colleghi, di me più autorevoli, hanno rilevato e pubblicato.

E se è vero che lo Stato ha l'obbligo morale di provvedere energicamente e radicalmente a questi *feriti della tubercolosi*, come, con frase pietosa, si son voluti chiamare questi infelici, dei quali la guerra, per lo più, non ha fatto che riaccendere od aggravare dei preesistenti focolai bacillari (cui una più severa selezione clinica, al momento del reclutamento, avrebbe forse potuto, in molti casi, svelare a tempo debito), non è meno vero che, per la efficienza del nostro esercito, il numero dei soldati che la tubercolosi sottrae è così esiguo, da non farci ritenere che il terribile flagello possa diventare una ragione di seria preoccupazione per i nostri comandanti, come lo è certamente per la società, in mezzo alla quale questi malati tornano a vivere o più spesso vengono a morire.

Un altro problema v'è di medicina militare e sociale insieme, che veramente deve d'ora innanzi, e senz'altri indugi, preoccupare seriamente le classi dirigenti, e sopratutto i Comandanti, a cui sta a cuore che sia mantenuta costante ed elevata al massimo grado l'efficienza dell'esercito combattente.

Questo problema, che io credo troppo trascurato fin qui, è quello della cura razionale dei soldati malarici.

Fino ad ora ci si è preoccupati solo di profilassi antimalarica, nel nostro esercito: ed illustri scienziati, specialmente in una delle regioni più tormentate dall'ematozoo, com'è la zona del basso Isonzo, spendono in questa lotta preventiva, il frutto della loro lunga ed illuminata esperienza clinica.

Ma nessuno potrà disconoscere, che, nelle difficili condizioni intrinseche alla vita di guerra, la profilassi antimalarica nè è completamente attuabile nè può garentire, e non garentisce difatti, quei risultati che noi siamo avvezzi a constatare in tempo di pace.

Troppi motivi ci sono, nella vita del soldato alla fronte, di abbassamento della già scarsa immunità naturale dell'organismo umano per l'infezione malarica, perchè possa bastare la profilassi chininica ad impedire l'attecchimento dei parassiti inoculati dagli anofeli, parassiti che trovano nelle azioni deprimenti delle fatiche, delle marce faticose, dei raffreddamenti, delle emozioni belliche i loro più potenti alleati. E si aggiunga che, in certe zone d'operazioni, come l'Albania, la Macedonia, la Libia, la densità anofelica e la densità malarica sono così grandi, che al pericolo di una abbondante inoculazione di parassiti nessun soldato forse può sfuggire. E l'esperienza, fatta appunto nell'armata d'Oriente, ha dimostrato anche la grande virulenza di queste infezioni malariche, la particolare malignità del genio epidemico che incombe sulle truppe esposte in quelle regioni. Ed allora, impotente la profilassi, non resta a difesa del nostro esercito che la cura intelligente, precoce, completa, dei colpiti da questo flagello (e colpiti veramente per causa del servizio di guerra).

Ed i colpiti sono numerosissimi, sia detto apertamente: e se io avessi la possibilità di conoscere la statistica completa di tutti i nostri militari colpiti, nei due anni di guerra, dalla malaria, per ragioni di servizio, certamente troverei che essi ascendono a molte e molte migliaia, forse molti e molti più di quanti malati non abbian fatto tutte assieme le altre epidemie osservate nel nostro esercito.

Ora, e questo è il fatto doloroso sul quale

io intendo di richiamare sopratutto l'attenzione: il soldato colpito da malaria non guarisce quasi mai, e rappresenta perciò una forza sottratta, definitivamente, all'esercito mobilitato.

Per quanto questa affermazione possa sembrare esagerata, essa risulta anche per le osservazioni fatte negli eserciti dei nostri alleati, per esempio nell'esercito francese di Macedonia: e proprio in uno degli ultimi numeri della «Presse Médicale», l'Abrami, in un assai interessante articolo, veniva alla stessa dolorosa constatazione, della quale io credo convinti tutti i colleghi che hanno potuto esaminare, negli ospedali militari, un gran numero di malarici e per un lungo periodo di tempo.

Ecco come, in questi ospedali, si svolgono abitualmente le cose per ciò che riguarda tal sorta di malati.

Il malarico entra nell'Ospedale, che già febbricita da qualche giorno: spesso egli ha già preso, all'infermeria, qualche dose di chinino, per lo più insufficiente, certamente, nel maggior numero di casi, non potuta somministrare con metodo razionale. Purtroppo le forme gravi e perniciose, che da parecchi anni non vedevamo quasi più, sono divenute, dal principio della guerra, tutt'altro che rare tra i soldati.

Nell'ospedale, il malarico generalmente viene curato col chinino, empiricamente, ed a seconda dei variabili concetti terapeutici personali, e quasi mai si chiede aiuto al microscopio (che non tutti gli ospedali di riserva posseggono) vuoi per la diagnosi esatta della specie malarica, vuoi per l'orientamento così utile che ripetuti esami parassitologici fornirebbero ad una cura razionale.

Non intendo affatto criticare i metodi di terapia specifica adottati dai vari colleghi: ma quello che non si può passare sotto silenzio è il fatto che le dosi del rimedio sono spessissimo, come già ebbe a far rilevare il mio valoroso amico prof. A. Signorelli, insufficienti, non sempre per colpa delle opinioni dei medici curanti, ma molte volte perchè la somministrazione è affidata allo stesso malato, il quale non ha sempre interesse di guarire e di guarire presto!

La cura della malaria è molto più difficile di quanto comunemente si creda: occorre sradicare ancora la credenza che chinizzare il malarico, dargli il rimedio specifico, sia assolvere il nostro compito di fronte al paziente. Non si deve più potere ignorare che la malaria può guarire anche senza chinino, tanto è grande e spesso preponderante l'azione benefica che ha la cura della resistenza organica nel vincere questa ribelle infezione: occorre che il soldato malarico non sia condannato a diete ospitaliere per sè stesse anemizzanti, come la dieta di latte; ma sopratutto occorre diffondere ancora il concetto che curare un malarico, con dosi insufficienti di chinino, e propinate senza metodo, equivale spesso, se non è peggio, a non dargli affatto chinino, significa rendere volontariamente l'infezione cronica e ribelle alle cure, per il noto aumento di resistenza dei parassiti, massime delle forme gametiche, quando sono assuefatti alle piccoli dosi del rimedio.

È certo che la cura della malaria, come finora è stata attuata nell'ambiente militare, non guarisce quasi mai: in gran parte contribuisce a questo insuccesso, come ho detto, lo speciale genio epidemico dell'infezione che tormenta le nostre truppe come quelle dei nostri alleati (sul fronte orientale). Ma il dovere di analizzare e spiare tutte le cause dell'inanità dei nostri sforzi terapeutici contro questo parassita, che ormai, per i danni che esso procura all'esercito, può considerarsi come uno dei più potenti alleati dei nostri nemici, tale dovere incombe ad ognuno di noi, che sente fortemente la responsabilità della propria missione di fronte all'esercito e di fronte alla società.

Ora a me sembra che tre cause sopratutto possano e debbano senza indugio essere eliminate: 1° l'applicazione tardiva al soldato malarico di una cura completa e razionale, con che si dà tempo ai parassiti inoculati di formare i corpi gametici ribelli al rimedio specifico, e si dà tempo ai parassiti stessi di assuefarsi ed immunizzarsi verso il rimedio; 2° l'insufficienza della cura, sia di quella medicamentosa, sia e principalmente di quella che mira a rialzare la resistenza organica, cura quest'ultima che negli ospedali militari, in cui i malarici sono presentemente confusi con altri malati, non può, per varie ragioni, essere quale dovrebbe; 3° una terza importante ragione, infine, per cui il soldato malarico primitivo diventa recidivo interminabile e spesso finisce cachettico, è la breve durata della degenza ospedaliera e la consuetudine d'inviare i malati, divenuti da qualche giorno apiretici, in licenza di convalescenza.

Questo provvedimento il quale, per alcuni malati (fortunatamente pochi) costituisce un premio ardentemente agognato, anche prima della contratta infezione!..., si risolve senza

dubbio in un grave danno per l'esercito da una parte, per l'individuo stesso dall'altra.

Il malarico, curato nell'ospedale fino all'apiressia, e non fino alla guarigione, e dimesso con licenza di convalescenza, cade presto o tardi, inevitabilmente, nella recidiva, che talvolta lo incoglie poco dopo che egli ha ripreso servizio, spesso anche, durante la licenza, al suo paese stesso, dove egli non ha continuato certamente a curarsi ed a premunirsi contro il ritorno fatale degli attacchi febbrili.

Ed allora, quando condizioni di difficile trasporto non vietino di trasportare il malarico in un vicino ospedale militare (come avviene non di rado se il soldato si ammala in capanne disperse su montagne difficilmente accessibili alle visite militari di controllo), il soldato rientra all'ospedale, per subire un nuovo ciclo di cura affrettata ed incompleta, ed essere di nuovo dimesso con altra licenza di convalescenza o altro periodo di riposo, che è naturalmente tanto più lungo quanto più frequenti e gravi sono state le recidive: fino a che dopo parecchi mesi di alternative di degenze e di licenze, una commissione di rassegna non è costretta a dichiarare il malarico, divenuto profondamente anemico o cachettico, inabile per un lungo periodo ad ogni servizio militare.

Ed ecco come il soldato colpito dalla malaria dopo essere costato allo Stato migliaia di lire per le ripetute e lunghe degenze ospitaliere, esce dall'esercito, in cui entrò forte e vigoroso, ora debole ed anemico, spesso, per tutto il resto della sua vita, incapace ad un lavoro proficuo a sè ed alla società.

Ora io mi domando quante fiorenti ed operose giovinezze non sono state, in tal modo, perdute, o son divenute praticamente inutili (dal punto di vista dell'attitudine al servizio militare attivo), e quanti malarici, divenuti tali per causa della guerra, non verranno poi a gravare sulla società come valori negativi, altrettanto degni di soccorso, e di assistenza quanto i *feriti della tubercolosi.*

Che si possa porre un riparo a questo stato di cose, io non ho alcun dubbio: ed è per questa fede che, nell'imminente riaccendersi della epidemia malarica estivo-autunnale, io mi permetto rivolgere un appello ai colleghi, perchè siano invocati energici provvedimenti dalle competenti autorità, le quali già tanto zelo intelligente hanno finora dimostrato nel riempire altre lacune inevitabili della nostra organizzazione sanitaria.

È mia modesta opinione che una cura precoce, razionale, e più che è possibile prolungata, dei soldati colti da malaria, l'unica che riuscirà senza dubbio a trionfare degli inconvenienti gravi sopra lamentati, non possa attuarsi se non concentrando questo genere di malati, isolandoli, come si fa per tutte le altre epidemie, in *appositi ospedali*, in *stazioni di cura antimalarica*, esclusivamente destinate alla terapia, abbastanza difficile, di questa malattia.

Queste stazioni antimalariche dovrebbero sorgere (e non è necessario affatto di fare nuove spese e fondare nuovi nosocomi, bastando quelli esistenti) in luoghi saluberrimi, dove i malarici delle zone malarigene più vicine dovrebbero essere inviati al più presto, al primo sospetto dell'avvenuta infezione.

Per ottemperare a questo primo e cardinale requisito di una cura efficace occorre che la diagnosi sia fatta precocemente, mercè ripetuti, periodici, obbligatori esami di sangue, dai medici a cui sono affidate le truppe che servono in zone infette: a tal uopo basteranno gli stessi gabinetti batteriologici, che non mancano in tali zone. Nell'ospedale antimalarico, la cura medicamentosa dovrebbe essere disciplinata dalle norme scientifiche più accettate, arricchite però dall'esperienza della presente epidemia, la quale dimostra che solo una cura precocissima con dosi intense di chinina, e somministrate con opportuna tecnica, può riuscire a vincere le infezioni primitive. Ma sopratutto la cura medicamentosa dovrebbe essere fatta da personale scelto e fidato, e non mai da infermieri improvvisati o peggio ancora dagli stessi malati. La cura della resistenza organica è però quella che sarà principalmente presa di mira in questi ospedali per malarici, applicando il principio, ormai consacrato dalla universale esperienza, che se il chinino è il rimedio della febbre malarica, il rimedio vero dell'influenza malarica è la cura della resistenza organica, perchè solo essa può combattere e vincere le recidive: una dieta speciale corroborante, un clima saluberrimo, il riposo, i preparati ricostituenti del sangue e del sistema nervoso, sapientemente applicati, nei periodi di latenza morbosa, potranno trionfare della fatale tendenza dell'organismo malarico, reso apiretico dal chinino, alla recidiva ed alla cronicità, e potranno restituire il soldato, nel più breve tempo, all'esercito combattente.

Ma per ottenere ciò, occorre che la degenza del malarico sia prolungata di tanto, in queste stazioni di cura, che per lo meno il pericolo di quelle che si chiamano recidive a breve scadenza, sia del tutto eliminato: e per questo

sarà necessario fissare una durata di ricovero dei malati almeno non inferiore a tre mesi. Così il malato, sarà dimesso quando tutto farà credere che egli sia veramente guarito, ed in buone condizioni di resistenza; esami ematologici ripetuti saranno in questi ospedali praticati prima di licenziare i malati, al fine di accertarsi che le forme parassitarie siano totalmente e durevolmente scomparse dal circolo.

Solo così e solo in questi ospedali, potrà evitarsi che siano rimandati al corpo soldati, che hanno ancora nel sangue delle semilune.

Ma sopratutto importa fissare la regola che il malarico debba uscire dall'ospedale in condizioni da potere raggiungere immediatamente il suo posto al suo reggimento: il che significa abolizione delle licenze di convalescenza e dei periodi di riposo, non più necessari, dal momento che il soggetto non ha più bisogno di cure ulteriori.

Io credo che soltanto con una cura così severa potremo, nella nuova epidemia estivo-autunnale, che purtroppo batte alle porte, impedire o ridurre fortemente i gravi danni che la malaria arreca al nostro esercito.

SERVIZI SANITARI.

I servizi sanitari al fronte inglese.

Le recenti vittorie degli inglesi nelle Fiandre hanno resa palese l'efficienza militare da essi raggiunta durante la guerra; la poderosa valanga di fuoco, che essi hanno rovesciato addosso al nemico, dimostra l'abbondanza di mezzi di cui dispongono e la sagace organizzazione con cui li utilizzano. Tali caratteristiche si osservano anche nei servizî sanitari, che sono degni di ammirazione: ne trattano in recenti corrispondenze il Prof. G. Sanarelli ed il Prof. B. Rossi, che hanno visitato il fronte inglese, occupandosi il primo prevalentemente della parte igienica, il secondo di quella chirurgica.

L'assistenza medico-chirurgica. — Le condizioni particolari nelle quali deve svolgersi l'opera della Sanità britannica hanno fatto sì che gli inglesi hanno approfittato delle lunghe distese pianeggianti di terreno per creare delle unità generalmente poderose; quindi baraccamenti ed attendamenti imponenti, ed ospedali capaci quasi sempre di qualche migliaio di letti. Le unità sanitarie, malgrado l'inospitalità dei luoghi assumono un aspetto ridente, circondate, quando è possibile, da piante verdi e da giardini: le comunicazioni interne sono segnate da ampie e comode travate messe nel terreno, che danno un senso di pulizia, anche in mezzo al fango.

L'assistenza al ferito si svolge nel modo seguente. Nei posti sanitari avanzati reggimentali in trincea, il ferito riceve le primissime cure e viene trasportato alla A. D. S. (*Advanced dressing station* o posto di medicazione avanzato) corrispondente ai posti someggiati delle nostre sezioni di sanità. Quivi esso viene visitato più accuratamente, riceve eventualmente l'iniezione antitetanica, e viene inviato, per mezzo di autoambulanze, alla stazione principale (M. D. S. - *Main dressing station*) se richiede operazioni d'urgenza di non grande difficoltà o se non ha bisogno di cure speciali. Se invece si richiedono operazioni gravi e difficili ovvero delle cure lunghe, il ferito viene trasportato alla C. C. S. (*Clinical clearing station*). Quest'ultima è formata da grandi baraccamenti, che costituiscono delle vere aule ospitaliere, con sale operative, di cui alcune accessorie per le operazioni settiche, altre speciali per gli addominali. Uno svantaggio di questa organizzazione sanitaria, è la mancanza di piccole unità chirurgiche specializzate per ferite gravi, specialmente addominali, che per esempio da noi si portano fino a 3-4 km. dal fuoco, mentre le C. C. S., in cui si trovano riparti speciali per tali feriti, ne distano non meno di 20 e talora fino a 30-40.

Dalla M. D. S. e dalle C. C. S. i feriti vengono trasportati mediante treni-barconi-ospedali, agli ospedali di base nei porti francesi, donde i feriti che non possono guarire in poco tempo, vengono inoltrati in Inghilterra, con le navi-ospedale. Il carico sui treni-ospedale è facilitato dal fatto che le infermerie si aprono tutte da un lato verso un terrapieno coperto, lungo il quale corre il binario ferroviario; il piano del terrapieno corrisponde a quello della portiera d'accesso alla carrozza.

Ottimamente sono organizzati i trasporti, e sicchè un soldato ferito al mattino sul fronte inglese, può, in condizioni favorevoli, riposare la sera stessa in un ospedale di Londra. Assai accurati sono tutti i servizî accessorî come il riscaldamento e la provvista di maschere contro i gas, appesi ad ogni letto di malato o ferito anche in ospedali a distanza di 30 e più km. dalla linea del fuoco. Tutti gli ospedali poi, per l'ordine e la pulizia, che regnano sovrani per il *confort* a cui supplisce la liberalità di associazioni e di cittadini, per la profusione di fiori, che regna dovunque, per le decorazioni esterne, acquistano un aspetto gaio e ridente, che giustifica il motto

di uno di essi: Sorridi, sorridi, sorridi (*Our motto: smile, smile, smile*).

I servizi igienici. — Ad onta delle pessime condizioni igieniche create dalla guerra, non sono mai apparse malattie di carattere diffusivo; i medici inglesi dichiaravano al professor Sanarelli di non aver mai osservato un solo caso di colera, di tifo petecchiale, di enterite coleriforme. La febbre tifoide e la meningite cerebro-spinale sono apparse in misura estremamente ridotta. Persino il morbillo e la scarlattina, sì frequenti fra i soldati, sono stati di un'eccezionale benignità.

Questi eccellenti risultati si debbono considerare come un successo delle pratiche igieniche saggiamente disposte e scrupolosamente seguite.

Gli accantonamenti, gli ospedali, ecc., sono generalmente collocati su terreni a dolce pendìo, donde i rifiuti liquidi vengono, per mezzo di un'adatta canalizzazione, rapidamente allontanati, in modo da impedire qualsiasi ristagno o contaminazione del suolo. I rifiuti solidi vengono sistematicamente distrutti in forni inceneratori, che funzionano senza interruzione.

Speciali cure sono rivolte alle acque per bere. In tutta la zona di guerra, come nelle retrovie, ogni impianto, viene a priori considerato come sospetto e l'acqua viene sempre dapprima esaminata dal chimico e dal batteriologo.

In seguito, quando se ne verifichi il bisogno, si procede alla sterilizzazione, che si esegue con il cloruro di calce. L'acqua viene così potabilizzata in un paio d'ore e distribuita in gran copia anche nelle trincee.

Ottimi successi ha ottenuto la difesa contro la tifoide. Uno dei mezzi è la vaccinazione, che pur non essendo obbligatoria, è stata praticata nel 92-97 % del contingente; i risultati non potrebbero essere migliori. La morbosità dei vaccinati sta a quelle dei non vaccinati come 1:14; la mortalità rispettivamente come 1:45. Per la cura viene largamente usata la vaccino-terapia. I convalescenti sono tenuti lungamente in osservazione e, se risultano portatori, rimandati in Inghilterra e non rilasciati se non dopo totale scomparsa dei germi.

Un altro dei coefficienti di grande efficacia nella lotta contro le malattie contagiose è la guerra alle mosche, che costituiscono un vero flagello per gli eserciti. Ora negli ospedali del fronte inglese questi pericolosi insetti mancano quasi totalmente. Ciò è ottenuto con diversi mezzi: anzitutto mantenendo una scrupolosa nettezza, in modo da non lasciare detriti, che in qualche modo possano attirare le mosche. Le scatole vuote di conserve, marmellate, ecc. vengono arroventate, i rifiuti metodicamente allontanati: viene fatto largo uso di reticelle, trappole; carte con vischio. Inoltre in tutte le sale, cucine, infermerie, ecc. sono appesi innumerevoli fili di ferro lunghi circa 50 cm. spalmati di una sostanza vischiosa (5 parti di olio di ricino con 9 di pece greca ed un po' di zucchero) su cui le mosche si appiccicano. Ogni sera i fili vengono arroventati e nuovamente spalmati.

L'unica malattia, che ha raggiunto una certa diffusione fra le truppe coloniali è stata la tubercolosi; si è verificato cioè il fatto che gli individui, anche molto robusti, ma di razze primitive, in contatto con gli ambienti civili bacillizzati, presentano minore resistenza alla tubercolosi. Fatti consimili del resto non sono nuovi ed il prof. Sanarelli ne ha raccolto una larga messe, prevedendo fin dal 1914, nel suo « Trattato di igiene generale e coloniale », che le truppe indigene non avrebbero potuto continuare a combattere in Europa. Difatto, anche l'Inghilterra ha dovuto rimandare sul fronte della Mesopotamia la maggior parte delle truppe indiane, che sarebbero altrimenti rimaste troppo facili vittime della tubercolosi.

Le buone condizioni igieniche dei soldati sono mantenute anche con molti altri provvedimenti, come p. es. dalle grandi agevolazioni per i bagni, che possono farsi due o tre volte per settimana, con grande ristoro dei soldati, dagli ottimi criterî con cui è diretta la nutrizione, dall'istituzione di locali di convegno e di svago, dove sono ammirevoli lo spirito d'ordine, di pulizia, di disciplina di chi li frequenta e la devozione delle brave signore che prestano volonterosamente il loro servizio in detti locali. Ed è incalcolabile l'influenza educatrice e spirituale esercitata da siffatte istituzioni. Ottimi appaiono in generale l'organizzazione ed il funzionamento dei servizî igienici, che, liberi da pesanti e ridicoli inciampi burocratici, procedono speditamente e bene.

FIL.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

IVª seduta; 4 marzo, ore 15.

Comunicazioni sulle lesioni dei vasi sanguigni.

Aneurisma della glutea.

CECI ANTONIO (Pisa). — L'O. ebbe occasione di essere chiamato, come consulente, in un ospedale di riserva di Livorno per esaminare un ferito di guerra, il quale nell'ottobre del 1916 era stato colpito da un proiettile di fucile, che, penetrato a livello delle vertebre sacrali, era fuoriuscito a livello della spina iliaca anterior superiore destra. Immediatamente dopo la ferita aveva presentato notevole emorragia dagli orifici. Però il decorso successivo era stato asettico e la ferita era guarita per prima intenzione, residuandone una difficoltà alla estensione della coscia sul bacino. Fu mandato in licenza. Al termine di questa si era presentato all'ospedale mostrando una tumefazione in corrispondenza della regione glutea destra, con tutti i caratteri di un aneurisma falso. L'O. confermò la diagnosi e si fece trasferire il ferito nella propria clinica, ove l'operò.

Praticò l'allacciatura della iliaca interna e poi l'incisione del focolaio aneurismatico, suturando quivi i punti sanguinanti. Ottenne guarigione completa.

Legatura laterale di grosse vene.

TADDEI DOMENICO (Siena). — Accennati due casi (ferita della vena iliaca esterna sopra il legamento inguinale e della vena ascellare 2 dita sotto la clavicola) dall'O. operati con legatura laterale in condizioni di piena asepsi e seguiti da ottimo risultato, l'O. illustra altri due casi, curati con lo stesso intervento, di ulcerazioni venose per infezione.

Nel primo (emorragia secondaria della vena ascellare per flemmone della regione) furono applicate sulla lesione 2 pinzette emostatiche del Péan, che stringessero i soli margini dell'ulcerazione venosa. Legatura laterale con filo di catgut n. 1. La vena presentò una riduzione di calibro di circa 2/3. Guarigione senza postumi.

Nel secondo (emorragia secondaria della vena femorale al terzo medio della coscia per ascesso tra le masse muscolari), essendo impossibile la legatura laterale semplice, fu mobilizzata per circa 2 cm. la vena, aderente per fatti di periflebite; quindi si passò con ago da intestino e filo di catgut n. 1 un punto perforante la parete a 2 mm. dal margine dell'ulcera, che riunisse il polo prossimale ed il polo distale dell'ulcerazione stessa.

Questa venne così ad essere ridotta a una fessura laterale con 2 orecchie laterali. Annodato il punto mediano si strinsero i margini di ciascuna orecchia laterale con una pinza di Péan; quindi si annodarono prima da un lato e successivamente dall'altro i capi del filo già applicato, facendo una specie di nodo da mugnaio.

La riduzione del calibro fu notevole: tolto il laccio emostatico, si vide la vena distendersi anche nel tratto mediale assumendo una forma a clessidra. Guarigione senza postumi.

Lesioni vascolari latenti prodotte dai moderni fucili di guerra.

PERAZZI ANTONIO (Spezia). — Per studiare in modo approssimativo questo argomento quindici anni or sono l'O. fece alcune prove sperimentali con il seguente dispositivo. Contro un bersaglio, costituito da un telaio, a cui aveva fissata una serie di tubi di gomma ripieni di soluzione fisiologica, alla distanza di cento metri, fece sparare trecento colpi di fucile modello 1891.

Fenomeni osservati:

1° nessun tubo rimase sezionato;

2° la maggior parte erano contusi più o meno profondamente;

3° alcuni erano perforati nel senso diametrale; anche tubi di 3 mm. avevano subito la perforazione da proiettili di 6,5 mm.

L'agente vulnerante determina sulle lamine elastiche forami che hanno il diametro appena di 1/3 del suo calibro.

Da ciò si possono trarre deduzioni per la clinica. Per ferite causate dai moderni fucili di guerra si possono avere frequentemente contusioni delle pareti vasali, che guariscono senza richiedere l'opera del chirurgo. Altre volte, nel periodo secondario, compaiono aneurismi, per lo più artero-venosi, che pur essi possono guarire spontaneamente colla cura aspettante, se interessano piccoli vasi periferici. Ciò si verificò in due casi osservati dall'O. di aneurisma artero-venoso presso la piega del gomito. In altri due, dopo un periodo silenzioso, si è notato aumento rapido di volume e fenomeni dolorifici gravi, onde l'intervento (quadruplice legatura), che portò ad esito curativo e funzionale ottimo. In un quinto caso, in cui l'intervento tardivo fu determinato da indicazione vitale, non si è potuto scongiurare l'esito letale con lo stesso intervento. Forse miglior partito sarebbe ritornare all'antico metodo, che va col nome di Domenico Anel (1710), mentre più propriamente dovrebbe denominarsi dal nome del chirurgo di Tarsia, Marco Aurelio Severino, che in Napoli lo praticò quasi un secolo prima.

Sopra alcune allacciature dei grossi vasi per ferite di guerra.

FERRARINI GUIDO (Pisa). — L'O. riferisce un caso di enorme ematoma pulsante del triangolo dello Scarpa e della fossa iliaca interna di sinistra da contemporanea lacerazione completa dei vasi femorali alla piega dell'inguine. In questo caso potè fare l'emostasi preventiva allacciando i vasi iliaci primitivi *a tappe*, cioè prima l'arteria e poi, afflosciatasi la sacca, la vena, dopo avere prolungato in basso ed in avanti l'incisione fatta. Non fu possibile la ricostituzione dei vasi feriti e l'allacciatura dei

vasi iliaci primitivi dovette venire mantenuta. L'infermo guarì dopo avere avuta cancrena della gamba e subita l'amputazione della coscia.

Il secondo caso riguarda una allacciatura della arteria ascellare sotto la clavicola, al disopra del piccolo pettorale. Il soccorso in questo caso non riuscì a salvare il ferito, che aveva una emorragia secondaria in atto da ferita dell'ascellare. Alla necropsia si trovò una anomala biforcazione dell'ascellare subito sotto la clavicola, con ferita del ramo posteriore di questa, che non era stato compreso dal laccio. L'O. insiste sulla convenienza di allacciare, in casi di ferita dell'ascellare, la succlavia all'esterno dello scaleno anteriore, invece che l'ascellare stessa sopra il piccolo pettorale.

Lacerazione accidentale della vena cava inferiore - Allacciatura - Guarigione.

MINERVINI RAFFAELE (Napoli). — L'O. riferisce che, nell'operare la estirpazione di un grosso tumore retroperitoneale, sviluppato nella metà destra di una donna di 24 anni, ebbe una gravissima inondazione di sangue, dovuta alla lacerazione della vena cava inferiore. Eseguì la sutura laterale della vena, ma la parete di questa era ispessita e fragile ed il sangue filtrava abbondantemente attraverso la sutura. Allora, per non perdere la donna di emorragia, eseguì l'allacciatura della vena cava in sopra ed in sotto della lacerazione, completò la estirpazione del tumore e lasciò lo zaffo. L'operata non presentò gravi disturbi, tranne dolori e tumefazioni passeggiere degli arti inferiori, e guarì normalmente.

Dell'operazione dei cosidetti falsi aneurismi, con speciale riguardo alla sutura delle arterie.

FASANO MARIO (Asti). — L'O. riporta due casi di chirurgia vasale:

1° un falso aneurisma della femorale di destra, al terzo inferiore del canale di Hunter, per sezione trasversale dell'arteria. Venne eseguita la sutura termino-terminale dell'arteria; guarigione;

2° un falso aneurisma della femorale profonda di destra. Venne eseguita la legatura in sito. Ripetendosi l'emorragia, si praticò in seguito la legatura della femorale profonda al triangolo dello Scarpa; indi, sempre per il ripetersi della emorragia, la legatura della femorale comune e della iliaca esterna: quest'ultima due volte. Le emorragie dipendevano da mancata formazione del trombo. Quindi, allo scopo di portare elementi atti alla formazione del trombo e di apportare nuovo sangue nell'organismo dissanguato, venne eseguita una trasfusione di sangue con una anastomosi temporanea fra la radiale sinistra del donatore e la mediana basilica del paziente. Guarigione.

Embolia dell' arteria iliaca esterna all'origine per proiettile di shrapnell penetrato probabilmente nel ventricolo sinistro.

NOCCIOLI GUIDO (Pisa). — Il 31 maggio u. s. l'O. ricevette in cura un bersagliere ferito alla fossa sopraspinosa sinistra da un proiettile di shrapnell 7 giorni prima, con emotorace sinistro, ischemia dell'arto inferiore sinistro dal ginocchio in giù, frattura della terza e della quarta costola di sinistra presso la colonna vertebrale e assenza del proiettile dal torace, come dimostrò una radiografia. L'arto sinistro andò in cancrena parziale e fu dovuto amputare al terzo inferiore. Le radiografie praticate successivamente dimostrarono la presenza del proiettile di fronte all'ala iliaca sinistra posteriore, in regione corrispondente all'incirca al decorso dell'arteria iliaca esterna. Il soldato narrava che dopo il ferimento, fatti appena quaranta metri, aveva dovuto fermarsi perchè l'arto inferiore sinistro si era fatto dolente e inerte.

L'O. accenna a varie ipotesi principali per spiegare la detta fenomenologia: penetrazione del proiettile nel bacino per forza propria; embolia per coagulo da contusione vasale; penetrazione del proiettile nel circolo sanguigno ed embolia fatta dello stesso dell'arteria iliaca. Propende per la terza ipotesi stante le circostanze di fatto. Tuttavia il giudizio è semplicemente in ipotesi, ed ha importanza specialmente in riguardo alla indicazione di intervento per constatare e rimuovere eventualmente la causa dell'ostacolato circolo.

Intorno alle ferite di guerra dei vasi.

STRETTI G. B. (Bologna). — Dall'inizio della guerra sono stati accolti e curati nella Clinica Chirurgica di Bologna 32 casi di lesioni dei grossi vasi per proiettili d'arma da fuoco.

Esse comprendono:

a) 8 casi di emorragia secondaria;

b) 12 casi di aneurisma arterioso o arterio-venoso diffuso;

c) 2 casi di aneurisma arterioso incistato o traumatico;

d) 11 casi di aneurisma artero-venoso.

La maggior parte di queste lesioni vasali erano dovute a proiettile di fucile o di mitragliatrice: in 5 casi soltanto a scheggie di granata; 3 volte a palletta di shrapnell.

L'emorragia iniziale, per ciò che l'O. ha potuto apprendere dall'interrogatorio dei feriti, che non rispondevano sempre con precisione, non era mai stata grave e le raccolte sanguigne si erano formate rapidamente.

I vasi della metà sinistra del corpo sono stati lesi *18* volte: *14* volte quelli di sinistra; *1* volta soltanto i vasi di entrambi i lati. L'arteria più frequentemente lesa è stata la *femorale* (nove volte).

Negli interventi operatorii non fu trovata mai l'arteria lesa in tutta la sua circonferenza; la lesione era sempre parziale e non interessava che un segmento di essa.

Nei casi di emorragia secondaria, l'esame del vaso dimostrava una breccia per lo più molto ampia e le pareti vascolari erano fortemente contuse anche a distanza dalla ferita. La ferita poi, nel cui interno stava il vaso leso, era sempre abbondantemente suppurante.

In tutti gli aneurismi arteriosi diffusi all'atto operatorio si è trovato sempre permeabile tanto

il moncone centrale quanto quello periferico, e l'emorragia si riprodusse (a meno che non fosse stato applicato il laccio di Grandesso-Silvestri) appena la sacca era stata incisa, e ciò talvolta anche dopo molto tempo dal momento del trauma. Si sono trovati invece sempre chiusi entrambi i monconi quando, dopo aver allacciato l'arteria a distanza, si è dovuto intervenire secondariamente nella sede della ferita o per lesioni nervose concomitanti o per estrazione di proiettili.

Le ferite che avevano dato luogo ad aneurismi artero-venosi erano sempre guarite di prima intenzione, o con leggerissima infezione superficiale, per lo più del foro d'ingresso.

Assai spesso le lesioni dei vasi erano accompagnate da *lesioni nervose*: nei 32 casi tale concomitanza si è verificata 22 volte, vale a dire nella proporzione del 63 % circa. (V. sopra comunicazione Ruggi).

Particolarmente interessanti in proposito un caso di voluminoso aneurisma arterioso diffuso dell'omerale destra, e un altro di aneurisma artero-venoso dell'omerale pure di destra, accompagnati entrambi dalla sindrome dolorosa descritta da Weir Mitchell col nome di causalgia.

In quale momento è preferibile intervenire chirurgicamente? È precetto riconosciuto dalla maggioranza dei chirurgi, che, quando nessun fenomeno obbliga ad un intervento precoce, il ritardo dell'operazione permette alla circolazione collaterale di svilupparsi, e diminuisce i rischi della gangrena ed i pericoli dell'infezione.

I feriti curati nella Clinica Chirurgica di Bologna sono quivi arrivati tardivamente, molti giorni dopo la ferita, spesso dopo parecchie settimane; perciò l'intervento operatorio è avvenuto ad un'epoca molto lontana dall'azione traumatica. Questo fatto, in molti casi, quando tutto era decorso normalmente e senza complicanze, è stato di vantaggio al ferito.

In altri casi, e precisamente in alcuni feriti inviati per emorragie secondarie ripetute e piaghe abbondantemente suppuranti, e in feriti con fenomeni di neurite, dolori, disturbi trofici, l'intervento ritardato non è stato senza conseguenze. In questi casi perciò non sarà mai abbastanza raccomandato un intervento precoce ai primi segni di emorragia secondaria o di aggravamento dei fenomeni dipendenti dalla compressione nervosa, che valga a salvare la vita del paziente o la vitalità dell'arto, o ad affrettare il buon esito funzionale di questo.

L'anestesia usata è stata sempre quella generale coll'etere. Il laccio di Grandesso-Silvestri è stato applicato raramente e solo in alcuni casi di emorragia secondaria e di aneurisma artero-venoso dell'arto inferiore.

Nei varii interventi, non si è trovato mai un caso in cui fosse possibile la sutura arteriosa o i differenti processi di aneurismorrafia.

Nelle emorragie secondarie e negli aneurismi arteriosi o artero-venosi diffusi, a seconda dello stato delle ferite e della sede della lesione vasale, l'operazione ha consistito in una doppia allacciatura con o senza asportazione del tratto del vaso leso, o in una allacciatura a distanza, per lo più nel punto di elezione.

Negli 11 casi di aneurisma artero-venoso si è fatta la quadruplice allacciatura, asportando anche la sacca in 7 casi: però in 4 si è fatta l'allacciatura della sola arteria.

Le complicazioni sono state le seguenti:

1° Gangrena del piede e del terzo inferiore della gamba sinistra, dopo l'allacciatura dei vasi iliaci esterni, per emorragia secondaria recidivante da ferita dei vasi femorali alla base del triangolo di Scarpa.

2° Una leggera flebite della gamba che comparve otto giorni dopo l'operazione.

3° Una emiplegia con afasia iniziatasi tardivamente sotto forma di leggera paresi dell'arto inferiore, poi del superiore, quindi del nervo facciale e seguita a legatura della carotide esterna per emorragia secondaria recidivante dall'arteria occipitale in ampia ferita occipito-mastoidea suppurante. Dopo una ventina di giorni cominciò il miglioramento, che andò in seguito accentuandosi, finchè il ferito lasciò la Clinica dopo due mesi in buono stato.

Nei due feriti affetti da causalgia, per la quale il Leriche, riprendendo le dottrine del Ruggi e dello Jaboulay, ha proposto di agire sul simpatico, si sono avuti risultati differenti. Infatti, in un caso, asportato l'aneurisma artero-venoso del braccio, il dolore attenuò e scomparve poi in pochi giorni; nell'altro invece, dopo l'asportazione di un tratto di 7 cm. della omerale ferita, si è ottenuta solo una diminuzione di intensità del dolore.

Due casi non sono stati operati:

1° Un aneurisma arterioso circoscritto della succlavia sinistra, che col riposo s'era ridotto ad un terzo del volume primitivo nello spazio di circa tre mesi;

2° Un probabile aneurisma della carotide profonda, che non ha dato manifestazioni tali da imporre l'intervento.

Aneurisma artero-venoso traumatico dell'iliaca esterna.

BUSCAROLI EDMONDO (Bologna). — Soldato, con ferita a canale completo, prodotta da pallottola di fucile, con foro d'ingresso a livello della prima vertebra sacrale, tre dita all'esterno della linea mediana verso sinistra, e foro di uscita tre dita al disopra del ginocchio sinistro.

L'arto sinistro è tumefatto, freddo ed in preda a gangrena secca fin quasi ai malleoli. Larghe chiazze di necrosi cutanea in vario stadio giungono fino a metà della gamba.

La regione iliaca destra è prominente e pulsante per la presenza di un aneurisma artero-venoso dei vasi iliaci esterni, da ferita probabilmente tangenziale.

L'O. dapprima decide di rimandare ogni intervento a quando la sacca aneurismatica sarà più resistente, salvo a provvedere d'urgenza ad improvvise complicazioni che possano nel frattempo

presentarsi. Quanto all'arto, decide di attendere una maggiore delimitazione della gangrena.

Ma ben presto, accennando la gangrena a diventare umida, ed essendo apparsi fatti settici generali, l'O. amputa l'arto a metà del 1/3 medio della coscia, con metodo circolare agevolato da due incisioni laterali. Sutura parziale, drenaggi di garza idrofila, decorso e guarigione regolari.

Quanto all'aneurisma, esso tende piuttosto a diminuire fino alla 30ª giornata. Ma poi ricomincia ad aumentare di volume, mentre si acuisce il dolore vivissimo lungo tutti i nervi del plesso sacrale, e quindi, dopo 45 giorni dalla ferita, l'O. decide di intervenire.

Sotto cloronarcosi pratica una incisione iliaca sinistra sul tipo di quelle di Cooper o di Malgaigne e, scollato il peritoneo, cade sulla sacca pulsante, che ha il volume di un buon pugno. Isolatala verso il polo superiore, fino a raggiungere il punto di biforcazione dell'iliaca primitiva, l'O. passa attorno a questa un laccio di catgut n. 6 che non stringe, ma affida ad una pinza.

Isola poi in basso la sacca aneurismatica, allaccia l'arteria e la vena crurale. Con ciò la pulsazione ed il fremito della sacca diminuiscono, ma non spariscono. Allaccia poi l'arteria iliaca esterna al di sopra della sacca, e allora questa cessa di pulsare e si affloscia. Rinuncia allora a legare la vena iliaca esterna, che d'altra parte è molto aderente, e rinuncia ad aprire e tanto meno ad asportare la sacca stessa.

Leva infine il laccio dall'iliaca primitiva; ricostruisce il canale inguinale, sutura i muscoli, sutura quasi completamente la cute, e solo lascia un grosso drenaggio di garza idrofila nell'angolo esterno della ferita.

Decorso consecutivo regolare fino a completa guarigione.

L'O. ha scelto la via extra-peritoneale per due ragioni:

1° per il dubbio che il sigma colico o probabili aderenze da altre cause o l'epiploon l'imbarazzassero;

2° per la possibilità che il tragitto del proiettile non fosse asettico, come infatti riscontrò.

Echi del Congresso della Società per il progresso delle Scienze.

L'attività bellica di cui dà magnifica prova il nostro Paese, lungi dall'interrompere il lavoro scientifico, lo intensifica e lo affina; esso prosegue febbrilmente sotto la pressione incalzante delle necessità dell'ora presente. Soltanto l'orientamento è diverso, sicchè, abbondonate le sterili ricerche, lo spirito pratico del genio latino ha ritrovato sè stesso, ed anima anche i congressi scientifici, che pulsano della stessa vita che tutti ci sospinge. Così a concetti essenzialmente pratici si è ispirato il Congresso delle scienze, chiusosi il giorno sei a Milano. Riassumiamo brevemente gli argomenti che possono interessare i nostri lettori.

Notevole sviluppo è stato dato alla trattazione del problema delle industrie chimiche. Le condizioni di queste in Italia sono state trattate dal professore Molinari, il quale prevede che dopo la guerra, l'industria tedesca possa ritentare l'invasione dei nostri mercati, ed espone quindi i mezzi per mettere un argine a tale invasione. Per bene riuscire allo scopo, occorre però non disperdere le energie, ma riunirle, limitando la produzione a quelle sostanze, per le quali il nostro Paese si trovi in condizioni vantaggiose.

Tale problema è stato considerato dal prof. Menozzi, che ha appunto esaminato quali industrie chimiche meritino principalmente di essere sviluppate in Italia e quali siano i provvedimenti necessarî.

Alle industrie chimiche propriamente dette si collegano quelle medicinali; l'avvenire di queste è stato preso in esame dal prof. Giacosa. Egli ha dimostrato che la maggior parte dei medicamenti usati dalla medicina contemporanea non è che un perfezionamento dei rimedî, già noti agli antichi. L'industria tedesca ha bensì preso gran parte a tali perfezionamenti, introducendo anche una gran quantità di medicine inutili o dannose. Nulla però vieta che per i rimedî realmente efficaci l'Italia possa bastare a sè stessa. L'esperienza attuale dimostra che alcuni possono venire fabbricati bene anche da noi, come p. e. il cloroformio, l'etere, i salicilati, l'urotropina. Per alcuni altri ci può, per ora, venire un notevole aiuto dalla Francia, Inghilterra, America, sicchè non v'è alcun timore di una carestia di medicine. Occorre però che i medici si abituino a prescrivere soltanto i rimedî facili ad ottenersi ora, che comprendono quelli realmente utili, escludendo i *duplicati,* che non hanno un valore reale e non rispondono a reali necessità. Per il dopo guerra si dovrà dare maggiore estensione alla cultura delle piante medicinali (problema già trattato nel precedente Congresso dal prof. Cortesi) ed intensificare la produzione industriale dei preparati sintetici: parecchi di questi però, possono venir ottenuti solo mediante impianti grandiosi, che escludono le piccole iniziative.

Il prof. Devoto nei *problemi igienici dell'industria italiana* si augura un'alleanza fra industria ed igiene.

L'insegnamento di questa deve essere meglio sviluppato nei Politecnici, e deve venire diffuso nelle scuole medie e commerciali. Il pericolo di questa ignoranza è dimostrato dal fatto che per le nuove industrie sono sorti edifici non rispondenti alle norme elementari igieniche; e si è iniziata e continuata la lavorazione di sostanze pericolose, senza la cognizione dei danni facilmente prevedibili a cui si andava incontro.

L'esempio deve venire dallo Stato che è in obbligo di dare una impronta severamente igienica ai suoi stabilimenti. È inoltre da augurarsi che dopo la guerra, si provveda ad un'oculata sistemazione della previdenza sociale contro le malattie acute e croniche. Sul trinomio industria, scienze fisiche ed igiene è basata la vera fortuna dell'Italia.

Il dott. Vallardi ha trattato *la dissenteria amebica*. Come già, altrove da parte di autori francesi ed inglesi, anche in Italia, egli ha trovato una percentuale relativamente alta di dissenterie amebiche in soldati nei quali la diagnosi clinica non lasciava sospettare l'origine protozoaria della malattia. L'O. insiste sul pericolo che tali individui possono presentare nella diffusione della dissenteria, data la grande resistenza delle cisti: accenna ai provvedimenti profilattici e particolarmente alla necessità dell'esame delle feci fresche, da farsi nello stesso ospedaletto da campo.

Interessante è stata la relazione del capitano Padre Gemelli sui *saggi psicofisici applicati agli aviatori*. Per questi è necessaria una forte tensione sia fisica che psichica. Ora molti individui, pure essendo idonei dal punto di vista fisico, non lo sono altrettanto da quello psichico, mancando di una sufficiente forza d'attenzione, o di una determinata resistenza agli stimoli emozionali. Inoltre per effetto di una speciale labilità dei centri circolatorî, si possono avere delle ripercussioni sulla funzione cerebrale, che può venire improvvisamente sospesa, avendosi le così dette *assenze*. Durante queste l'aviatore perde il governo della macchina ed in tal modo si spiegano molti infortunî.

Gli aspiranti al brevetto di aviatore sono quindi soggetti a delle prove anche sotto questo punto di vista. A terra, si misura il grado di rapidità delle percezioni, la capacità di concentrazione, la resistenza agli stimoli emozionali.

Durante il volo, l'O. con metodi di ricerca, in parte originali, ha fatto numerosi rilievi sul modo di comportarsi del sistema circolatorio. In tal modo, oltre a fornire i dati sufficienti per decidere sull'attitudine di un individuo come aviatore, ha portato un contributo alla fisiologia del volo umano normale.

Sulle *amerositosi nell'alimentazione di guerra*, ha parlato il prof. Centanni, spiegando la provenienza di molti disturbi dello stato generale in soldati, a causa della mancanza di vitamine.

Di particolare importanza nel momento attuale, è stata la conferenza del prof. Galeazzi sulle *basi scientifiche della rieducazione dei mutilati*. Questa opera di rieducazione è stata ottimamente organizzata, con l'istituzione di un grande riparto ortopedico-militare, di speciali cure ortopediche, di scuole di mestieri, ecc.

Il trattamento dei mutilati e degli storpî di guerra deve essere rivolto a completare la guarigione anatomica e fisiologica e qui appunto l'ortopedia ha un largo campo d'azione, per allontanare prontamente le conseguenze della mutilazione.

Con la rieducazione professionale si aumenta poi nei limiti del possibile la potenzialità sensitiva del moncone d'amputazione. Nell'officina di protesi diretta dall'O. viene anche costruita una mano prensile meccanica a comando automatico, che tende a realizzare nel mutilato la sensazione indiretta della presa.

FIL.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 22 *marzo* 1917.

Intorno all'eziologia dell'ittero epidemico.

NOTA III.

C. FRUGONI e S. CAPPELLANI. — Riferiscono una doppia serie di ricerche eseguite — (sia nei rapporti dell'eziologia tifo-paratifosa che in quelli dell'eziologia spirochetica) — su una cinquantina di ammalati studiati senza selezione alcuna di casi purchè accolti entro i primi giorni di malattia.

In tre nuove autopsie ebbero da nessuna la spirochete e da una (forma apirettica, con morte per colemia) il paratifo A.

In tre casi per il paratifo B e in uno per il tifo e affatto indipendentemente da reazioni vaccinali, si stabilì in corso di malattia sieroreazione positiva a tassi elevati. Dal contenuto duodenale ottenuto per duodeno-sondaggio, in tre fu isolato il paratifo B. La diminuzione del reperto di paratifo B nella bile, in confronto a precedenti ricerche, è dagli OO. collegata e subordinata a modificazione del quadro clinico intestinale, e più precisamente a notevole riduzione nei casi attuali di disturbi intestinali. In nessun caso è *per ora* agli OO. riuscita la riproduzione di ittero sperimentale in cavie non ostante le varie vie ed il vario materiale usati (sangue per via endoperitoneale, contenuto duodenale e centrifugato di orine sotto cute) e l'impiego talora di materiale accertato per spirochetico: la prova biologica quindi, il cui valore se positiva, è assoluto, se negativa non esclude la presenza di spirochete.

In 11 casi su 48 furono nelle orine riscontrate tipiche forme spirochetiche con durata massima di eliminazione, constatata finora, da quasi due mesi dall'inizio della malattia.

La curva di eliminazione è quanto mai irregolare e non ha stretto rapporto proporzionale con l'albuminuria.

Eseguendo ricerche di controllo in individui non itterici ma da lungo tempo in continuo contatto con itterici e con i loro escreti, in due su 21 casi, e più precisamente in un infermiere e in uno degli OO. (Frugoni) furono trovate ed in gran copia tipiche spirochete nell'urina in completa assenza di ogni disturbo subiettivo ed obbiettivo, passato e presente.

È quindi accertato che si possono avere eliminatori di spirochete per le orine, portatori nel vero senso della parola.

Gli OO. in base ad una serie di considerazioni cliniche, epidemiologiche e biologiche ritengono trattarsi o di spirochete molto affine ma non identica alla sp. nodosa di Inada e di Ido, o della stessa ma notevolmente svirulentata.

L'ittero epidemico quindi, è sindrome a multipla eziologia, le cui percentuali possono probabilmente variare da luogo a luogo o in una stessa zona, dipendentemente dai più svariati fattori.

Pertanto alle due categorie di spirochetosi febbrile senza ittero e di spirochetosi itterogena, una terza va aggiunta e cioè spirochetosi asintomatica con esito in veri e propri «portatori». A. S.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Il prurito come sintoma.

Un potente fattore nel prurito, astrazione fatta dalle modificazioni cutanee che provoca, è l'abitudine del grattamento. Grattarsi l'orecchio oggi, per un leggero prurito, significa doverselo grattare domani per un prurito grave. Il prurito può essere un sintoma di malattia cutanea, spesso invece questa è la conseguenza di quello: così frequentemente l'eczema, generalmente la prurigine, sempre il lichen semplice sono reazioni cutanee del grattamento.

Secondo Ph. Kilrog (*Journ. of. Am. med. Assoc.*, 9 dic. 1916) il nostro concetto di differenza qualitativa nella sensazione è affatto oscuro ed ipotetico; l'A. non ammette l'esistenza della così detta dissociazione sensoria, ed anche per i fenomeni della siringomielia, egli ritiene che si tratti di sensazioni attutite o comunque disturbate. L'A., partendo da questo punto di vista, ritiene che il prurito non è altro che una variazione del senso tattile o dolorifico; tutte le sensazioni, locali o generali, che provocano dolore, provocano pure, ad intensità o su individui differenti, il prurito. Quindi l'alternarsi del dolore e del prurito nelle dermatiti, nelle ustioni, nelle flebiti, nello zoster; la esistenza del prurito in quest'ultima, anzi, confuta l'asserzione che l'epidermide sia la sede del prurito. Questo precede od accompagna i dolori della sciatica; quando si manifesta nel basso ventre è un sintoma di disturbi prostatici; nella regione lombare è provocato spesso da affezioni lievi dell'articolazione sacro-iliaca; è un sintoma più comune che il dolore nelle emorroidi.

Tutti gli stati tossici, che portano al reumatismo od alla neurite sono anche cause di prurito; l'obesità, il morbo di Bright, il diabete, l'itterizia ed ogni infezione. Il prurito dell'età senile è senile solo indirettamente, in quanto che tale età è soggetta alla tossiemia; il prurito mestruale e della menopausa è dovuto ad aumento di sensibilità od a cause tossiche.

Del resto anche le misure terapeutiche dimostrano che il prurito è una varietà di dolore: la dieta, il riposo, i salicilati, i medicamenti eliminanti sono efficaci negli stati gottosi ed anche nel prurito: probabilmente il piramidone ed il bromuro di sodio dovrebbero essere considerati come capolista dei rimedi contro il prurito. Le applicazioni locali efficaci sono quelle che intorpidiscono la parte, il cloruro d'etile, il freddo e quindi l'etere, l'alcool, il mentolo; anche il caldo (acqua molto calda) può avere benefici effetti.

Era stato sostenuto da un autore che il prurito era dovuto ad una sproporzione fra la pressione dei liquidi dei tessuti e la contropressione dell'epidermide e che quindi il grattamento provocava sollievo, attivando la circolazione (ciò che non è vero perchè anzi il prurito aumenta in tal modo). Ora lo stesso autore sostiene invece che esso è dovuto all'irritazione di una tossina circolante, sulle branche endoteliali dei nervi vascolari, ciò che implicherebbe, senza dimostrarla, un'azione del simpatico. Altri aveva ritenuto che il prurito è una specie di rudimento afrodisiaco di un tempo in cui le sensazioni sessuali non erano specializzate, e che quindi il grattamento era una sensazione di natura voluttuosa; tale teoria non ha altro merito che quello negativo di non essere cattiva come quella di Freud.

Del resto non v'è nulla di misterioso, nulla di atavistico nell'atto del grattamento; noi lo facciamo perchè esso intontisce in certo modo le fibre nervose terminali, allo stesso modo che soffreghiamo un'articolazione dolente, comprimiamo la fronte nella cefalea, o stringiamo un dito contuso. *ini.*

Nuovo trattamento per il prurito anale.

I successi ottenuti nella nevralgia facciale ed in altre neuralgie, ribelli ad ogni cura, mediante le iniezioni di alcool, hanno consigliato di adottare tale sistema di cura per il prurito anale, affezione che, com'è noto, spesso resiste a tutti i sistemi curativi. L'alcool tutto sommato riesce efficace in quanto produce la distruzione delle fibre nervose con le quali viene a contatto, e quindi si tratta del medesimo principio terapeutico adottato da Ball e Lynch nella cura del *pruritus ani*, ossia la sezione dei nervi cutanei della regione.

Il metodo è molto semplice. La iniezione si fa, sotto anestesia generale o locale, nella zona di cute indicata come molesta dal paziente. Si adopera la siringa con l'ago da iniezioni comuni e si riempie di alcool a 95°. L'ago viene infisso tutto intero nella pelle verticalmente e quindi è inclinato da un lato ad angolo acuto fino a raggiungere una linea quasi parallela alla superficie cutanea. Quando l'ago ha veramente raggiunto il grasso sottocutaneo può essere facilmente mosso in tutti i versi ed il

movimento può essere seguito con un dito applicato su di esso. Con questo sistema si fa in modo che l'alcool non è iniettato troppo profondamente e si evita così la lesione dei nervi motori con i conseguenti disturbi sfinterici, nè troppo superficialmente evitando così le escare. Dopo essersi adunque assicurato che l'ago ha raggiunto il grasso sottocutaneo s'inietta l'alcool ed in quantità tale da imbibire tutta l'area circostante. La iniezione deve essere fatta sul margine dell'ano, e non in questo. Naturalmente prima dell'operazione la cute deve essere trattata come si usa prima di ogni altro intervento chirurgico.

Con questo metodo praticamente si raggiungono gli stessi effetti che si ottengono col trattamento chirurgico del prurito, ma con notevoli vantaggi. Esso è più semplice, più rapido, più sicuro, meno pericoloso: la iniezione di alcool quando sia fatta con le norme suindicate evita i disturbi sfinterici, e le facili complicazioni della ferita operatoria che sono possibili nel trattamento chirurgico.

Naturalmente il metodo in parola non va impiegato in quelle forme di prurito ad etiologia nota (emorroidi, parassiti intestinali, eczema, disturbi generali del ricambio) nelle quali la cura deve essere indirizzata ad eliminare la causa, ma in quelle forme di prurito detto idiopatico, la cui causa etiologica non è ancora nota, e che secondo varie teorie sono state attribuite a secrezioni acide, ad infezioni latenti da speciali tipi di microrganismi o da disturbi del sistema nervoso centrale e periferico (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, ag. 1916).

a. a.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(830). *Preparazione dell'amalgama di rame per l'otturazione dei denti.* — All'abbonato n. 3422:

Provi a dosare il solfato di rame e l'acqua calda (solfato di rame grammi 12, acqua calda grammi 100); poi, prima di togliere la lastra di ferro e di decantare il liquido, aspetti che questo sia chiaro, ciò che indica che il processo di precipitazione è ultimato. Prolunghi poi il lavaggio del precipitato, rimestando ad intervalli con un bastoncello di vetro, fintantochè durante l'agitamento non si formino più bollicine alla superficie del liquido.

Se con questo procedimento non riesce ad amalgamare il rame col mercurio, l'insuccesso si deve forse attribuire ad impurità del solfato di rame del commercio.

Io Le consiglierei in ogni modo di servirsi delle leghe di amalgama bianca, che si trovano in commercio e che non richiedono altra preparazione che l'amalgamazione col mercurio al momento di usarle. Ve ne sono delle ottime e dànno sotto ogni riguardo miglior risultato dell'amalgama di rame, conservando inalterato il colore argenteo lucente. Può chiederle a qualunque deposito dentario italiano.

A. CHIAVARO.

(831). D. L. da B. — L'abbonato può consultare:

RAMAZZOTTI. *Sieroterapia ed autosieroterapia nella blenorragia.* Pensiero med., 1915, n. 15-16.

DEFINE. *Vaccinoterapia e sieroterapia nella blenorragia.* Napoli, Libreria Detken e Rocholl, 1912.

ID. *Qualche rilievo pratico sulla siero-terapia antigonococcica.* Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, 1914, p. 336.

ID. *Vaccinoterapia e sieroterapia antigonococcica.* Folia medica, 1915, n. 7.

V. MONTESANO.

(832). Al dott. U. Bartoli Trevi, suggeriamo: G. FRANCESCHINI, *Igiene sessuale;* Milano, Hoepli, 1913, L. 2. — A. FOREL, *La questione sessuale;* Torino, Bocca, L. 12. — A. FOREL, *Etica sessuale;* ibidem, L. 2. — O. WEININGER, *Sesso e carattere;* ibidem, L. 12. — H. WEGENER, *Noi giovani: il problema sessuale;* Soc. editrice libraria, Milano, L. 2.50. — IVAN BLOCH, *La questione sessuale.* S. T. E. N., Torino. L. 12. — S. SANTORI, *La questione sessuale*, considerazioni di un medico; Firenze, Bemporad. — STERIAN, *L'éducation sexuelle;* J. Baillière, Parigi, L. 4. — LÖVENFELD, *Vita sessuale e malattie nervose;* Unione tip. ed. torinese, L. 6. — FOÀ, *Igiene sessuale;* Paravia, Milano, L. 1.50.

a. a.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Dott. ERNESTO PESCI. *Forme Anafilattiche.* Eziologia, sintomatologia, profilassi e cura. Un vol. in-8° di oltre 350 pag. Edito per cura dell'Istituto Sieroterapico milanese. Prezzo L. 5.

Con questo suo notevole lavoro l'A. espone lo stato delle nostre conoscenze sul vasto ed importante problema dell'anafilassi. Questa viene studiata (dalle prime osservazioni sino

alle ricerche odierne) nelle sue manifestazioni sperimentali e nelle teorie che ne tentano una spiegazione. Segue poi, e questa parte è quella che più interessa il medico pratico, la trattazione dell'anafilassi in patologia umana (malattie da siero, tossicosi anafilattoidi, anafilassi alimentare e respiratoria) il confronto tra anafilassi e idiosincrasia.

Da ultimo si trovano le ricerche originali dell'A. sui fermenti di Abderhalden, sull'anafilassi alimentare, idatidea, ecc.

FIL.

Prof. ALBERTO BATTISTA. *I poteri di difesa dell'intestino contro il passaggio dei germi.* Un vol. di 303 pag. Napoli, presso la libreria Destren, 1916. Prezzo L. 15.

L'A. dopo un rapido sguardo alla flora dell'intestino, passa a studiare quali mezzi di difesa oppongono, in condizioni normali e patologiche, sia il canale digerente, siano le diverse ghiandole annesse (ghiandole salivari, tonsille, pancreas, fegato) sia il peritoneo.

Dai risultati ottenuti da altri ricercatori e dalle proprie esperienze, eseguite nell'Istituto del prof. Pianese, l'A. viene alle conclusioni seguenti: La protezione della mucosa intestinale è costituita dallo strato epiteliale, e vi contribuiscono gli elementi leucocitari migranti e fissi e lo strato choriale mucoso con le sue fibro cellule contrattive e le numerose formazioni adenoidi.

Intervengono ad aumentare i poteri di difesa i diversi succhi, che posseggono potere antisettico per l'acido cloridrico libero, ed azione neutralizzante ed attenuante delle tossine per la pepsina, i succhi pancreatici e la bile.

Altri poteri difensivi sono rappresentati dalla peristalsi intestinale, nonchè dalla concorrenza vitale e dall'antagonismo dei germi contenuti nel lume intestinale.

FIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per i tenenti medici della C. R. in zona di operazione.

Riceviamo e pubblichiamo il seguente reclamo il quale ci sembra più che legittimato:

Noi 600 circa tenenti medici della C. R. I., ceduti dall'Associazione fin dal 23 maggio 1915 alla Sanità militare, e inquadrati fin da allora nelle varie unità del R. Esercito in zona di operazione, ci permettiamo rivolgere la parola alla S. V. su di una questione sopratutto giusta ed onesta che riveste oltrechè un carattere di dignità professionale anche d'indole morale per la tanto benemerita Associazione della C. R. I.

Orgogliosi che i nostri posti furono sempre nelle unità di prima linea a differenza dei nostri colleghi della C. R. I., i quali negli Ospedali territoriali, in quelli delle retrovie o da guerra compiono il loro dovere con abnegazione ed alacrità, siamo d'altra parte umiliati ed avviliti perchè non possiamo usufruire delle provvide e vantaggiose disposizioni che riguardano tutti gli Ufficiali del R. Esercito, pur condividendo con questi le fatiche, i disagi, i pericoli della guerra.

Epperò ci permettiamo di esporre quanto appresso, sicuri del benevolo e sollecito interessamento della S. V.

Per il disposto della circ. 752 del G. M. 9 dicembre 1916, decreto luogotenenziale n. 1652, nel caso speciale dei tenenti medici si stabilisce che con quattro mesi di servizio presso l'Esercito operante e con l'anzianità di grado a tutto l'11 novembre 1915, si può essere proposti per l'avanzamento al grado di capitano.

Se si riflette che il Regolamento per l'avanzamento del personale della C. R. I. (circ. 297 G. M. 23 maggio 1916, disp. 31, art. 8) limita la permanenza nel grado di tenente ad un minimo di otto anni e che tale disposizione comprende anche noi in temporaneo servizio nel R. Esercito (circ. 298 G. M. 23 maggio 1916, art. 1 e 6) non c'è chi non veda la differenza di trattamento e la inferiorità di condizione in cui ci troviamo noi di fronte ai colleghi della Sanità militare.

Infatti tutti quei medici non appartenenti alla C. R. I. che furono chiamati in servizio, con cinque anni di laurea, in meno di un anno e mezzo da sottotenente hanno raggiunto il grado di capitano, mentre per noi della C. R. I. occorrono dodici anni per arrivare allo stesso grado.

Ond'è che ci domandiamo se appartenere, nell'ora che volge, alla C. R. I., costituisca un così rilevante grado di inferiorità di fronte a tutti gli altri colleghi.

Non v'ha dubbio che tutti o la maggior parte di noi avremmo abbandonato l'Associazione per entrare nei ruoli del R. Esercito, se ciò non fosse categoricamente vietato (art. 48 del Reg. e circolare 672 G. M. 1915).

Oggi poi è cessato anche l'unico vantaggio che avevamo di fronte ai colleghi della Sanità militare, perchè con la circ. 171 D. L. 304 del 9 marzo 1917, i nostri stipendi sono calcolati come quelli degli ufficiali del R. Esercito, con una differenza in meno di lire 500 annue dallo stipendio di ufficiale della C. R. I.

Pertanto la nostra voce è rivolta alla Presidenza dell'Associazione, al Comando Supremo, al Ministero della Guerra ed a tutte quelle personalità più spiccate e più influenti del Corpo Sanitario, perchè ci sia reso lo stesso trattamento dei colleghi della Sanità militare, considerando:

che dal principio della guerra abbiamo sempre prestato servizio nei reggimenti e nelle altre unità di prima linea insieme con i colleghi del R. Esercito, avendo gli stessi obblighi, gli stessi doveri, gli stessi assegni e non gli stessi vantaggi e diritti;

che non è indifferente sia dal punto di vista finanziario che morale per noi medici ormai anziani trovarci col grado e con gli assegni di tenente in sott'ordine a professionisti uguali a noi ed anche più giovani di noi, i quali soltanto perchè nei Ruoli del R. Esercito hanno potuto conseguire il grado di capitano per l'applicazione della circolare 752 del G. M. 9 dicembre 1916, di cui sopra, della quale per un criterio di crudele ingiustizia non possiamo giovarci noi ufficiali della C. R. I.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei medici della Provincia di Roma. — Si è riunito il Consiglio dell'Ordine. Furono commemorati i colleghi defunti, e specialmente il dott. cav. Cesare Baldini, già ispettore capo nell'ufficio d'igiene di Roma, ricordato con acconce parole dal consigliere dott. Mariotti.

Dopo aver trattato affari di ordinaria amministrazione, si presero accordi per la riunione a Bologna del Consiglio della Federazione degli ordini, dove, ad inizio della presidenza dell'Ordine di Roma, verrà discussa la questione della promozione degli ufficiali medici dell'Esercito e della Croce Rossa.

Si passò infine a discutere l'atteggiamento politico attuale dell'on. dott. Brunelli, socialista, rappresentante degli Ordini al Consiglio superiore di sanità, atteggiamento giudicato in contrasto coi sentimenti di tutta la classe medica italiana nel momento storico presente. Ad unanimità fu approvato il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio amministrativo dell'Ordine dei medici della provincia di Roma, meravigliato e dolente che l'on. dott. Umberto Brunelli, di fronte alle mirabili prove di patriottismo date da tutti i medici italiani senza eccezione di categorie e di partiti, durante l'attuale guerra che dovrà compiere i destini d'Italia, non abbia compreso di non poter più essere il loro rappresentante al Consiglio superiore di sanità, ne deplora il contegno e lo invita a rassegnare le dimissioni ».

Federazione Nazionale per la Vigilanza Igienica. — In seguito a critiche mosse all'operato della Federazione, sul « Bollettino dell'Associazione Nazionale degli Ufficiali Sanitari Capi di Uffici d'Igiene » (n. 19 del 15 aprile 1917), la Presidenza federale ha creduto di non potere più oltre conservare l'incarico affidatole dal Consiglio Direttivo e si è affrettata a rassegnare le proprie dimissioni.

Il Consiglio Direttivo è stato d'urgenza convocato per sabato 19 corr., dal Segretario federale, per discutere in merito alle dimissioni stesse.

D'imminente pubblicazione:
Numeri monografici sulle malattie provocate e simulate.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6838) *Pensioni.* — Abbonato 3789. — Per corrispondere al desiderio emesso da Lei nel quesito propostoci occorre conoscere l'età precisa che avrà all'atto del collocamento a riposo, nonchè la somma anche approssimativa che intenderebbe versare volontariamente ogni mese.

(6839) *Pensioni.* — Dott. S. R. da M. — Poichè sono ora sospesi i concorsi potrà nel nuovo Comune essere nominato interino. Il servizio interinale non è, però, calcolato nella liquidazione della pensione. Di esso si tien conto solamente per completare gli anni richiesti pel raggiungimento del diritto alla pensione, la quale è sempre calcolata in base all'età che avrà all'atto del collocamento a riposo ed al numero degli anni di servizio prestati prima della nomina interinale. Per tale considerazione non è consigliabile cambiare condotta ora che è prossimo ad andare a riposo.

(6840) *Indennità caro-viveri.* — Dott. abb. 5472. — Il Decreto Luogotenenziale cui accenna nel quesito si riferisce unicamente agli impiegati civili dello Stato e non a quelli degli Enti locali, fra cui i medici condotti. Si è usata la parola *civili* per distinguere il personale, diremo così, borghese, da quello militare.

(6841) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. A. A. da Z. di G. — Nel computo della differenza fra lo stipendio civile e militare che vien concessa ai medici militari chiamati sotto le armi non è calcolata l'indennità per servizi speciali, cui Ella accenna nel quesito proposto.

(6843) *Stabilità. - Periodo di prova. - Computo.* — Dott. G. Z. da B. in P. — Il biennio di prova si compie per Lei il 5 luglio prossimo, essendo ormai pacifico in giurisprudenza che il periodo di interinato si calcola nel biennio richiesto allorchè sia seguìto, come nel caso, da regolare nomina in base a concorso. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. A. C., da U.:
L'anzianità è data dal decreto di nomina. Le promozioni degli ufficiali di complemento in zona di guerra sono fatte contemporaneamente a quelle degli effettivi, ma debbono essere state inviate al Ministero le proposte relative.

All'abb. n. 5217:
Non vi è, per ora, alcuna disposizione che metta gli ufficiali della Croce Rossa, sia pure *requisiti* dall'Autorità Militare, nelle stesse condizioni, in rapporto all'avanzamento, degli ufficiali medici di complemento della Sanità militare.

Al dott. V. B., da C.:
La nomina ad effettivo avviene solo per i tenenti che non abbiano superato i 32 anni.

Al dott. F. S., da N.:
Le nomine avvengono in ogni bollettino man mano che l'Ispettorato di Sanità le propone al Ministero in base ai titoli presentati.

M. G.

ATTI PARLAMENTARI.

Protezione ed assistenza agli invalidi di guerra.

Diamo il seguito della discussione avvenuta al Senato del Regno sull'importante disegno di legge relativo (vedi fascicolo prec.; pp. 664 e ss.).

Il sen. FRANCHETTI osserva che questo disegno di legge avrebbe un fondamento più solido se prescrivesse al Governo il censimento quantitativo e qualitativo degli invalidi ai quali la legge stessa provvede.

Siffatto censimento darebbe anche modo di ritrovare i numerosi invalidi già congedati dopo compiuta la sola cura chirurgica e che non hanno ricevuto quelle cure complementari ortopediche od altre, delle quali l'onor. Golgi dimostrava la grandissima importanza per condurre gli invalidi e gli storpi a portare al massimo grado di efficienza i propri organi e le proprie membra.

Richiamandosi anche ad un ordine del giorno votato dalla Camera dei Deputati, presenta, in proposito, uno schema di articolo aggiuntivo.

Il sen. DORIGO, riferendosi ad alcune norme in vigore, vorrebbe che non si facesse obbligo assoluto a che i ciechi, quando non abbiano più bisogno della cura ospitaliera, sieno trasferiti alle scuole di Milano, Firenze, Roma, Napoli, Catania, a seconda della loro appartenenza a questo o quell'altro distretto di corpo d'armata, senza tener conto della esistenza di altre scuole. Per esempio nella regione veneta, a Padova, esiste l'Istituto Configliacchi pro ciechi, il cui funzionamento è superiore ad ogni elogio e che recentemente fu allargato, con contributo di tutte le provincie della Venezia, in vista appunto delle maggiori necessità che sarebbero state create dalla guerra.

La tesi può trovare applicazione anche per altri invalidi.

L'on. RUFFINI, *ministro della pubblica istruzione*, osserva che il voto contenuto nell'ordine del giorno relativo alla cattedra di ortopedia, corrisponde ad una sua convinzione profonda. Purtroppo, le condizioni eccezionali di quest'ora, se fanno sentire più viva la necessità di provvedere agli Istituti scientifici, hanno anche imposto limitazioni di carattere amministrativo e finanziario eccezionali.

L'O. si era già proposto di ottenere quanto meno una soluzione di questa grave questione, che ponesse riparo alle condizioni d'inferiorità in cui l'Università romana si trova per questo rispetto di contro ad altre cliniche. A preoccuparsi della cattedra di Roma era indotto non solo dalla considerazione della sua importanza, ma anche da quella del valore scientifico, dell'esperienza pratica e del fervore patriottico del professore, che ne è titolare. Perchè, se transitoriamente questa cattedra è in condizioni di poter fronteggiare le necessità moderne dell'insegnamento clinico, ciò è dovuto ad un atto di vera abnegazione, di zelo scientifico ammirabile, del prof. Durante, il quale ha posto i mezzi della sua clinica a servizio della clinica ortopedica. Ma non è dato di sperare che l'esempio suo possa far legge e essere seguito dappertutto, poichè non tutti hanno la superiorità sua nella considerazione dei diritti, che a un titolare di clinica spettano.

Se non che i propositi anche così limitati alla clinica di Roma, si sono urtati irrimediabilmente contro quegli impedimenti eccezionali amministrativi e finanziari, a cui ha accennato.

S'impegna di occuparsi ancora della cosa, sempre subordinatamente al consenso imprescindibile del collega del Tesoro.

L'on. ORLANDO, *ministro dell'interno*, accetta pienamente il pensiero che anima l'ordine del giorno Muratori sui mutilati ciechi; vorrebbe anzi consentire che fosse approvato dal Senato; ma ne è impedito dalla necessità di accordi preliminari di governo: prega perciò l'on. Muratori a mutare il suo ordine del giorno in una raccomandazione, od a volerne far mettere ai voti la sola parte generale, omettendo i *desiderata* specifici.

Assicura l'on. Franchetti che il Ministero dell'interno ha preso accordi con quello della guerra per la formazione di un esatto schedario, che dia la fisionomia completa di ciascun mutilato.

Questo lavoro sarà portato avanti col massimo zelo. Ma perchè l'esortazione rivolta al Governo acquisti efficacia anche maggiore, non ha difficoltà ad accettare l'articolo di legge aggiuntivo proposto dal sen. Franchetti.

Dichiara che il voto del sen. Dorigo sarà tenuto presente dal Governo e attuato per quanto è possibile.

All'on. Golgi osserva che l'argomento da lui trattato con grande autorità non è compreso nei limiti della legge. Il momento cui si riferisce la questione sollevata, è anteriore a quello che determina la materia della legge attuale.

Il ministro esprime però, per debita deferenza al sen. Golgi, l'impressione personale che la questione è molto estesa: trattasi di stabilire, in tesi generale, se e fino a qual punto possa l'individuo menomare la propria esistenza.

Nè vale citare il caso degli innesti obbligatori antitifici, antivaiolosi, ecc., perchè in questo caso l'intervento dello Stato è motivato da una ragione di preservazione sociale: si comprende perciò come il diritto individuale non possa prevalere. Nella fattispecie si tratta di sapere, invece, se l'individuo sia o non libero di farsi risanare. Il problema è molto complesso, nè lo si potrebbe limitare all'aspetto che concerne il solo militare.

Per il militare si potrebbe osservare che lo Stato abbia un certo diritto a che egli sia pienamente risanato, perchè ne deriva una maggiore efficienza bellica. Ma, posta su questo terreno, la questione si trasporta per lo meno di un grado; il quale precede non soltanto la questione della invalidità, ma quella stessa della ferita, e riporta al problema se lo Stato abbia o meno il diritto di sottoporre all'operazione chi, chiamato agli obblighi di leva, presenta una deformità o un'infermità, la quale, operata, guarisce. Esempio tipico, l'ernia. Il principio che prevale, è che non si possa costringere all'atto operatorio chi è chiamato agli obblighi di leva: ma tanto meno si può costringervi il ferito; per-

chè questi, alla fin dei conti, ha già pagato di persona. In questa materia l'O. crede che dal pensiero così fervidamente sostenuto dal senatore Golgi, qualche applicazione utile possa trarsi, nel senso che non si ecceda troppo nel principio del rispetto all'intangibilità personale. Come faceva osservare bene il senatore Durante: altro è il caso dell'operazione, la quale cimenta la vita dell'individuo, sia pure in una proporzione minima; altro è il caso di certe applicazioni, la cui sicurezza di esito è assoluto e indubbio. Il rispetto diventa allora pregiudizio. L'O. adduce, ad esempio, la protesi dentaria, che potrebbe fornire il principio dell'avviamento verso le riforme, che l'onorevole Golgi si augura. È motivo di riforma la mancanza dei denti; ora, l'applicazione di una dentiera risolverebbe questa difficoltà e assicurerebbe all'esercito combattente circa due corpi d'armata. Vi sono, infatti, da 50 a 60 mila riformati per difetto di denti: persone, che normalmente stanno benissimo. Il provvedere costoro di una dentiera, la quale, non fatta da dentisti americani, non costerebbe una grande somma, in un momento in cui è così grave il fabbisogno di uomini, sarebbe veramente raccomandabile. È questo un problema, che l'O. sottopone alla competenza del collega della guerra, ritenendo che debba essere studiato.

Quanto alla questione dei tubercolotici, sollevata dagli onor. Marchiafava e Foà, riconosce che essa è estremamente complessa. La tubercolosi determina una forma d'invalidità nel senso stretto della parola? Anche se risanata, può lasciar postumi di invalidità permanente?

Crede che si possa rispondere in senso affermativo e paragona questi casi all'indebolimento duraturo delle facoltà che alle volte consegue alle nevrosi di guerra.

Il problema dei tubercolotici rivelati tali dalla guerra non può non impressionare il Parlamento. Esiste senza dubbio una tubercolosi di guerra nel senso che la guerra, indebolendo le risorse organiche difensive dell'organismo, lo rende più facilmente soggetto alla malattia; laddove se la causa non si fosse verificata, la malattia non si sarebbe manifestata. Accenna alla dura vita che si svolge nelle trincee e non esita a dedurne che, assai più della caserma, la trincea può essere causa determinante della tubercolosi.

Il principio, che con tanto fervore umanitario e patriottico l'onorevole Marchiafava ha sostenuto, è stato già ammesso dalla Sanità militare: cioè la tubercolosi può ritenersi effetto della guerra e chi ne è stato colpito può considerarsi come un mutilato.

Ora viene la questione più ardua, cioè quella del trattamento successivo.

Anche come ministro della sanità pubblica l'O. partecipa alle preoccupazioni, che l'on. Marchiafava ha manifestate per questa calamità, che la guerra ha creato in parte e che ad ogni modo ha vieppiù posto in rilievo; molto più che l'Italia aveva già assolto il còmpito di difesa contro questo flagello. Basti dire, che nel 1888 avevamo una mortalità per tubercolosi di 2138 per ogni milione di abitanti, mentre nel 1914 eravamo discesi a 1445, malgrado il male venga riconosciuto con sicurezza sempre maggiore e malgrado l'accresciuto inurbanamento e l'emigrazione americana siano fattori sfavorevoli.

Di tale confortevole stato di cose va fatto un merito agli ordinamenti italiani di sanità, che sono ammirati dai Paesi civili, compresa l'Inghilterra, e che ci hanno difeso dalle epidemie che la guerra porta con sè: colera, tifo esantematico, meningite cerebro-spinale, ecc.

Quest'opera di difesa va integrata per ciò che riguarda la lotta contro la tubercolosi. È lieto di annunziare, in proposito, che il fondo destinato alla difesa antitubercolare, che era di 200 mila lire, nel prossimo bilancio assurgerà, con il consenso del collega del Tesoro, alla dignità parlamentare e contabile di un apposito capitolo, per il quale è stanziato mezzo milione.

Non è molto; ma nel periodo di difficoltà finanziarie che si attraversa, si deve trarne argomento di conforto anche pel futuro.

Il sen. MARCHIAFAVA ringrazia il ministro delle promesse formulate e dei buoni propositi manifestati.

Il sen. FERRERO DI CAMBIANO, *relatore della Commissione speciale,* a proposito dell'obbligatorietà degli atti operativi, fa osservare al prof. Golgi, che i clinici dovrebbero prima mettersi d'accordo, e quando la dottrina abbia risolto questo gravissimo problema, che pur tanto interessa gl'infortuni sul lavoro, allora potrà assumere forma legislativa quella disposizione che potrà risolvere questa vessata questione.

Crede che i senatori Marchiafava e Foà si dichiareranno soddisfatti delle risposte del ministro.

Con ciò non si risolve ancora la questione degli invalidi della guerra, la quale rimane gravissima e per la quale il miglior rimedio sarebbe quello che da comuni e da provincie, da istituti di previdenza e da casse di risparmio si facesse con provvide e munifiche elargizioni quanto ha fatto il comune di Parigi, stanziando somme per creare sanatorî e dispensari. Con la coscienza igienica accresciuta e con questi mezzi di difesa contro la tubercolosi, potremo sperare di porre riparo a quell'aggravamento di male che indubbiamente verrà dalla guerra, e a quei generosi invalidi che ne sono vittime.

Tratta poi dell'organizzazione dell'Istituto, dell'assistenza protetica e della fornitura degli arti agli invalidi, dell'obbligatorietà della rieducazione professionale, degli invalidi ciechi.

Vengono approvati l'ordine del giorno della Commissione sulle cattedre d'ortopedia e la prima parte di quello Muratori sui mutilati ciechi.

Si procede poi alla discussione degli articoli.

All'art. 3 il sen. Foà chiede che, quando il tubercolotico riformato viene notificato al prefetto o al sindaco, si raccomandi a queste due autorità di rivolgersi in modo particolare agli istituti antitu-

bercolari esistenti nella loro circoscrizione, perchè concorrano alla difesa sociale.

Il ministro ORLANDO accoglie l'invito rivoltogli dall'on. Foà: nell'azione da intensificare contro la tubercolosi, gli organi statali usufruiranno delle istituzioni così benemerite già esistenti, in ispecie della Federazione e della Lega nazionale contro la tubercolosi.

CONDOTTE E CONCORSI.

MEDICO, esente da obblighi militari, senza famiglia, anche attempato, troverebbe subito posto di Assistente interno in un piccolo, comodo Sanatorio per Malattie nervose e mentali in Genova (Albaro). — Dirigere domande, proposte a *Casella Postale 879, Genova.*

ANCONA. *Ospedale Civile «Umberto I».* — Cercasi subito medico assistente. Stipendio annuo lordo L. 1080 oltre il vitto e l'alloggio nell'Istituto e qualche incerto. Occorre essere esente dal servizio militare e da impegni colla Croce Rossa. Si preferiscono i laureati di recente. Rivolgersi alla Direzione Medica.

MILANO. *Direzione Generale della Croce Rossa Italiana. Comitato Regionale.* — Il Comitato di Milano in seguito alla chiamata alla fronte di numerosi medici, cerca personale medico per ospedali territoriali ed apre un arruolamento per assimilati medici e specialmente chirurghi nati dal 1860 in poi. Scrivere o presentarsi all'Ufficio di Mobilitazione della Croce Rossa Italiana, Comitato Regionale di Milano, Via Berchet, N. 2.

VENEZIA. *Reale Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti.* — Nell'adunanza del 25 u. s. marzo il Reale Istituto deliberò l'apertura di un nuovo «Premio Angelo Minich» da conferirsi per concorso *ai migliori apparecchi artificiali originali od anche, se già conosciuti e in uso, notevolmente modificati o perfezionati, atti a rendere meno gravi le imperfezioni derivanti da mutilazioni.*

Il concorso, che rimarrà aperto fino al 31 dicembre 1919, è riservato ai soli cittadini italiani.

Al premio di lire *cinquemila,* assegnato dal Reale Istituto, saranno aggiunte altre lire *cinquemila* per generosa oblazione del cittadino americano R. L. Cottenet. Il premio quindi risulta di lire it. 10.000 (diecimila).

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Bianchi Vincenzo, capitano medico 27ª sezione di Sanità. Già distintosi in precedenti occasioni, il 2 agosto 1915, occorrendo regolare lo sgombero di numerosi feriti e provvedere ad un locale di isolamento, si recava spontaneamente, noncurante del pericolo, ad un posto di medicazione battuto dal fuoco nemico, attraverso una via anch'essa incessantemente battuta, compiendo egregiamente, con grande serenità d'animo, la missione affidatagli. — Redipuglia, 2 agosto 1915.

NOTIZIE DIVERSE

Per la nostra stampa.

Il 18 aprile — ad iniziativa dell'*Istituto Nazionale di Pubblicità e Informazioni,* nella sua sede in Roma, Piazza Poli, 43 — si è tenuta un'adunanza alla quale erano presenti o rappresentati i direttori e gli editori di più che 300 Riviste e Periodici non quotidiani delle diverse città italiane.

L'adunanza era presieduta dal cav. gr. cr. vice-ammiraglio V. Moreno. Dopo viva discussione si procedette alla nomina di un Comitato, il quale si è riunito il 24 aprile; ne assunsero la rappresentanza gli onorevoli senatore Luigi Lucchini e deputati Antonio Fradeletto, Mario Cermenati e Amedeo Sandrini, i quali hanno presentato al ministro d'industria, commercio e lavoro un memoriale chiedente fra l'altro «che la riduzione delle pagine, contemplata nell'articolo 7 del Decreto luogotenenziale succitato, sia regolata con equità, rispondente alla natura ed alle esigenze delle singole pubblicazioni».

Onoranze al dott. Ugo Mariotti.

Il dott. Ugo Mariotti, che noi ci onoriamo di annoverare tra i nostri collaboratori, lascia — per compiuta età — il posto di Ispettore Capo per le malattie infettive nell'Ufficio di Igiene del Comune di Roma.

Gli amici ed estimatori vogliono che, nell'atto che egli si ritira da un posto avanzato di battaglia — chè tale egli concepì e praticò con tutte le più vigili energie di combattente il suo ufficio — egli senta venire a lui il cordiale rammarico dei colleghi di perderlo, il franco omaggio di stima che lo circonda, la gratitudine loro per essere stati rappresentati al cospetto e al giudizio della cittadinanza nelle ore della calma e in quelle del pericolo, con la prodigalità delle più belle qualità del medico, la fermezza, la serenità, l'equità dei giudizi, l'esempio mai negato dell'opera e del sacrificio della persona.

Questi sentimenti avrebbero voluto manifestargli in una cordiale adunanza di colleghi promossa dai dottori A. Arcangeli, E. Ballerini, prof. P. Borromeo, A. De Fabi, G. Nardelli, prof. N. Sforza, E. Venere, A. Villa. Ma egli dette prova della nobiltà dei suoi sentimenti domandando di volgere a profitto di un'opera di alto significato civile l'espressione dell'amichevole omaggio. E desiderò che quella qualsiasi offerta che si sarebbe avuto in animo di fare per raccogliersi intorno a lui, fosse devoluta ai bisogni dell'Organizzazione Civile.

Il Comitato pertanto sollecita ad integrare con le offerte alla Organizzazione Civile il significato che egli permette di dare, più profondo e più umano, all'amichevole ed affettuoso saluto per lui.

La sottoscrizione procede molto attivamente. Le offerte devono essere indirizzate alla Sede dell'Ordine dei Medici (Foro Traiano, 1). La somma raccolta verrà consegneta al Sindaco di Roma per il Comitato di Organizzazione Civile.

Conferenza.

Il maggiore medico prof. Eugenio Medea ha tenuto nell'Aula magna degli Istituti Clinici di Milano una conferenza sul tema «Impressioni di un neurologo nelle fronti inglesi e francesi». Erano presenti spiccate Autorità. Il conferenziere fu molto applaudito.

La morte del prof. OTTO VON SCHRÖN, avvenuta a Napoli nelle prime ore antimeridiane del 13 maggio corrente, segna la scomparsa di una delle più caratteristiche figure di Scienziato e di Uomo.

Nato ad Hoff (Baviera) nel settembre 1837, da famiglia oriunda polacca e laureatosi in medicina, Otto von Schrön fu assistente di Thiersch.

Nel '63 da De Filippis, che lo conobbe in Germania e ne apprezzò il valore, fu invitato a recarsi in Italia. Vi venne nel 1864.

Lo stesso anno partecipò a due concorsi per professore ordinario di Anatomia patologica a Palermo e Napoli e, riuscendo in entrambi, scelse la cattedra di Napoli.

Qui creò veramente una Scuola ed un Museo di Anatomia patologica ed ebbe suoi primi coadiutori uomini di grande valore, come Armanni e Giannone. In seguito ebbe a suoi aiuti persone di alto ingegno come Maffucci, Petrone, Ferraro, Gianturco, Pianese.

Suoi scolari sono stati professori eminenti: Cardarelli, D'Antona, Zincone, De Vincentiis, Tizzoni, Sanfelice, D'Urso, Muscatello, ecc.

Otto von Schrön fu cittadino onorario di Napoli; ma rifiutò sempre la cittadinanza italiana. poichè sosteneva che *a due cose un uomo onesto non deve mai rinunziare: alla propria patria ed alla propria religione*. Egli fu ortodosso.

I suoi primi lavori si riferirono all'ovaio ed alla cute. In seguito, e specialmente in questi ultimi anni, si è molto occupato della *vita dei cristalli*, poichè Egli ammetteva la trasformazione del *plasma* primordiale, in *zooplasma, fitoplasma* e *petroplasma* per la corrispondente differenziazione nei tre regni, animale, vegetale e minerale.

Otto von Schrön distingueva varie *secrezioni batteriche* (sierosa, gassosa e cristallina), separava nettamente la tubercolosi (dovuta al bacillo di Koch) dalla tisi (dipendente dal *microbo tisiogeno* di von Schrön).

Egli è stato il primo a mettere in evidenza le ramificazioni del bacillo tubercolare (confermate poco dopo dal Petrone) ed a descrivere i granuli particolari dal suo corpo bacillare (i così detti granuli di Much) che considerava come il prodotto di una attività biologica speciale del protoplasma stesso.

La tempra ferrea del suo carattere e del suo organismo gli permise di compiere, sino all'ultimo, il suo dovere. — E se molte delle sue idee non hanno ottenuto l'unanime consenso, è indubitato che l'opera scientifica multiforme di Otto von Schrön lascia di sè un'orma assai profonda.

F. FULCI.

Un gravissimo lutto colpisce la Scuola medica italiana con la perdita del prof. GAETANO RUMMO. Delle perspicue doti di clinico, della geniale produzione scientifica e della brillante attività giornalistica di questo illustre e valente Maestro, ci riserviamo di trattare nel prossimo fascicolo.

Il fascicolo 5 (1 maggio 1917) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. GIOVANNI MINGAZZINI - *Osservazioni cliniche sulle lesioni del cervello e del midollo spinale da proiettili di guerra*. (Cont. e fine).

II. Prof. ALESSANDRO MARINA - *La perdita del senso di direzione della cute stirata, in un caso di emiparesi, con varie turbe di sensibilità, avvenuta all'inizio di un tifo*.

III. Dott. LUCIANO PIZZINI - *I pidocchi nella epidemiologia della meningite cerebro-spinale epidemica*.

Indice alfabetico per materie.

Roma. 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, resp.

Anno XXIV. *Roma, 27 maggio 1917* Fasc. 22.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI ROMA
(Sezione S. Antonio).

Le autolesioni nella vita militare.

Prof. ATTILIO ASCARELLI,
Maggiore medico di complemento,
Direttore capo reparto.

Accolgo ben volentieri l'invito della diligente redazione del diffuso *Policlinico*, per render note alcune osservazioni personali, sulle diverse forme di lesioni volontarie (di cui ho esaminato parecchie centinaia di casi) venuti al mio diretto esame in questo biennio di vita militare; dapprima in zona di guerra e di poi qui in Roma, nell'ospedale che ho l'onore di dirigere, e in cui vengono accolti tutti i militari sospetti di malattia medica o chirurgica volontariamente procurata o simulata.

PARTE GENERALE.

I.

Il metodo di esame.

In nessun caso di medicina legale come nell'esame delle supposte simulazioni e lesioni volontariamente ed artificialmente procurate, s'impone il metodo induttivo d'indagine; per

raggiungere nel miglior modo possibile e il più razionalmente possibile un'esatta diagnosi ed un giusto apprezzamento.

Bisogna costantemente spogliarsi da ogni preconcetto aprioristico; scartando la deduzione che porta ad una deformazione dei fatti e a dar corso alle ombre.

Come magistralmente scrive il Murri (1), indurre significa ragionare sui fatti esattamente osservati con ordine sistematico in modo da non dimenticar nulla; e poi con giusto ed esatto raziocinio trarre dall'osservazione dei fatti la logica interpretazione.

Partendo da questi principî, secondo l'indirizzo costantemente applicato dall'Ottolenghi in medicina legale (2), è consigliabile iniziare lo studio di ogni caso, dal preciso, minuto esame obiettivo della regione lesa, per non esser deviati dalle storie raccontate dai soggetti e guidati a false ed erronee interpretazioni, con una analisi minuta e sistematica descrittiva dei caratteri di forma, dimensione, colorito, ecc. della regione.

Dall'esame anatomico, bisogna poi risalire all'esame funzionale della regione, studiandone la sensibilità, la motilità, ecc.

Studiata la parte lesa, con minuto indirizzo analitico, scartando sempre ed in ogni caso la «*prima impressione*», non fidandosi mai del «*proprio occhio clinico*»; bisogna studiare, anche sommariamente, ma mai superficialmente, tutto il soggetto dal punto di vista fisico, funzionale e psichico.

Si raccoglierà poi l'anamnesi minutamente, lasciando dire all'individuo tutto ciò che vuole: talora in mezzo a racconti che sembrano fantastici, in mezzo ad un cumulo di particolari che appaiono anche tra loro in contraddizione, si rinviene un filo ed un nesso logico di straordinaria importanza diagnostica.

Infine con considerazioni dottrinarie cliniche e medico-legali, riportandosi a quelle idee generali nelle quali è agevole inquadrare l'insieme dei fatti e dei particolari raccolti, si emetterà il giudizio diagnostico, il quale ben difficilmente sarà erroneo, se il metodo suaccennato sarà stato bene e costantemente seguìto.

Da questo metodo, non bisogna mai che rifugga, non solo il medico che pochi casi ha avuto occasione di osservare, ma anche colui che, per un cumulo di circostanze, ha veduto, innumerevoli esempi di auto-lesione.

Quegli deve seguire scrupolosamente il metodo, per accertare la falsità del morbo laddove essa realmente esista e non lasciarsela sfuggire; questi, per non vedere caratteri e constatare sintomi laddove non vi sono, per sfuggire, in una parola, alla «*deformazione professionale*».

II.

La figura antropo-psicologica del simulatore e dell'autolesionista nella vita militare.

Per necessità pratica di esposizione, credo opportuno dividere tutti i soggetti, in due grandi classi, auto-lesionisti e simulatori. Nella prima si comprenderanno i soggetti che con un qualsiasi mezzo fraudolento si producono una data specifica lesione o una data specifica malattia; nella seconda coloro che fingono di essere affetti da qualche sindrome morbosa senza ricorrere però a mezzi esterni determinanti la simulata malattia.

Studiando i caratteri antropologici e psicologici di queste due classi speciali di delinquenti militari, ci si convince subito che, salvo poche eccezioni, i soggetti, si possono dividere in due categorie: delinquenti occasionali e delinquenti per attitudine congenita o acquisita (criminaloidi).

Mentre però nelle autolesioni sono prevalenti coloro che delinquono per un fattore occasionale qualsiasi, nelle simulazioni sono di gran lunga, costituendone la quasi totalità, i delinquenti che hanno nella loro costituzione antropo-psicologica la base criminale, nei quali l'occasione ha rilevato tutta la loro capacità a delinquere.

Infatti, mentre che quasi mai nulla si riscontra negli antecedenti dell'*autolesionista* ed anzi talora questi risulta esser un buon soldato, che ha bene compiuto il suo dovere; al contrario nel *simulatore* si riscontrano quasi sempre cattivi precedenti.

Veri criminali nati, con profondi caratteri degenerativi non me ne sono occorsi che in numero limitatissimo, anzi dirò, che di uno solo, potei con sicurezza, affermare trattarsi di delinquente nato.

Quasi sempre anche nei delinquenti occasionali, oltre che negli abituali, sono state riscontrate delle anomalie non molto rare; consistenti specialmente in alterazioni funzionali della sensibilità generale, dolorifica e dei sensi specifici.

E credo utile richiamare l'attenzione in special modo sulla diminuzione della sensibilità dolorifica, quale risultava all'eccitamento faradico. Molto spesso, non si riusciva a provocare

(1) A. MURRI. *Attualità scientifiche.*

(2) OTTOLENGHI-DE SANCTIS. *Trattato di psichiatria forense*. Soc. edit. libr., vol. I, pagg. 526-539. — S. DE SANCTIS. *Il metodo nella psicologia criminale e giudiziaria* Scuola posit., febbr. 1916, pag. 97.

l'eccitamento doloroso, nè accusato nè obiettivato con i soliti e cogniti sintomi della dilatazione pupillare, dell'acceleramento del polso, dell'aumento della pressione; nemmeno usando corrente faradica di forte intensità. Questa forte diminuzione di sensibilità dolorifica, che costituiva un'ipoalgesia non limitata ad una data regione o a un dato territorio, la si riscontrava sia nei simulatori che negli autolesionisti, e costituiva un segno marcatissimo, tanto che si sono potuti incidere flemmoni ed ascessi profondi, eseguire operazioni chirurgiche anche molto dolorose, senza uso di liquidi anestetici, e senza reazioni eccessive da parte del soggetto.

Questo carattere già *ab antiquo*, fu rilevato da Lombroso e Ottolenghi, e recentemente dal De Sanctis; ultimamente nel campo infortunistico dal Biondi (1).

Il Biondi, in un suo studio sulle autolesioni nel campo degli infortuni sul lavoro, affermando che queste sono l'espressione di un fenomeno criminale, porta a spiegazione del fenomeno appunto la constatata mancanza di quella difesa dell'integrità organica, che è la sensibilità dolorifica.

Un altro carattere, non nel campo funzionale, ma nel campo psichico, che in tutti i soggetti da me osservati, ho riscontrato, direi quasi costantemente, è la sistematica mancanza di sincerità, altra espressione di un fenomeno criminale, anch'esso già noto in antropologia criminale, e in diretto rapporto con la speciale forma di delinquenza.

Questa mancanza di sincerità, non si rileva solo in rapporto alla scusa addotta per spiegare la speciale lesione provocata o nell'arzigogolare l'anamnesi di una malattia simulata, ma spesso (e come ben si comprende, specialmente nei delinquenti con attitudine congenita), nel mentire su qualunque episodio sia della vita militare che della premilitare, sia in rapporto a sè stesso che alla propria famiglia.

Per lo più non si otterrà dall'autolesionista (e ancor meno frequentemente dal simulatore) una confessione più o meno esplicita, anche quando è evidente la sua colpabilità, sia per il rivenimento di speciali corpi di reato (polveri, paste vescicatorie, ecc.), sia per assolute prove di mendacio.

Talvolta si ha poi a che fare con dei veri isterici od anche con degli psicopatici.

(1) CESARE BIONDI. *Brevi note di fisiopatologia, medicina legale e giurisprudenza sulle autolesioni nel campo degli infortuni sul lavoro.* Scuola Positiva, Serie III, vol. V, n. 4 (aprile 1914).

E qui, bisogna distinguere coloro, nei quali l'autolesione o la simulazione costituisce una diretta esplosione della loro isteria o della loro psicopatia, e coloro invece dai quali la malattia è stata volontariamente provocata e simulata a scopo delittuoso ben determinato. Si può osservare non una contrattura isterica, ma una contrattura volontariamente provocata da un isterico, e così via.

In costoro la diagnosi divien più ardua e più difficile; queste sindromi psico-nevrotiche hanno una grande importanza nel fattore deterministico, i caratteri della malattia vera si innestano su quelli della malattia simulata, li alterano e li deformano. Però, con completa e metodologica analisi, si riesce quasi sempre a scindere il vero dal falso.

Questi casi si osservano più frequentemente nelle simulazioni, quasi mai nelle autolesioni. E subito se ne ha il sospetto, perchè le simulazioni informate allo speciale carattere isterico od epilettico dell'individuo, acquistano sovente forme strane, sindromi complesse; eccezionalmente, un tipo morboso ben definito. Si tenga in ogni modo sempre presente, che, come scrive il Morselli, ogni atto delittuoso va apprezzato in base alla personalità di chi lo ha commesso (1).

III.

Le cause determinanti delle autolesioni e delle simulazioni.

Lo studio delle cause occasionali che inducono il militare a questa speciale forma di delinquenza, diremo così professionale, mostra che esse sono quanto mai varie.

Al fronte si osservano con speciale frequenza le mutilazioni volontarie o forme di lievi malattie sufficienti ad allontanare il militare dalla zona di operazioni e farlo ricoverare in un ospedale delle retrovie o territoriale; nell'interno del paese invece, mentre fanno quasi completamente difetto le automutilazioni, tutte le altre forme sono commiste e si può dire non ha l'una, prevalenza sull'altra.

Inoltre, al fronte, ciascuna forma assume un aspetto epidemico, direi anzi di contagio, sicchè si assiste all'esplosione di una determinata sindrome, il più spesso di autolesione, in un reparto di truppe operanti; esplosione che si determina dapprima con la constatazione di pochi casi (che spesso non si appalesano subito e non vengono riconosciuti), poi con il rapido moltiplicarsi di casi simili e con il loro im-

(1) MORSELLI. *L'imputabilità nell'isterismo.* Quaderni di psichiatria, 1915, pag. 127.

provviso cessare, fin tanto che la simultaneità e l'abbondanza degli esempi non rende manifesta la frode o per lo meno non ne fa nascere il fondato sospetto.

Nel paese invece, non si ha l'epidemia, ma si ha l'endemia; casi che si manifestano qua e là più numerosi, e che talora assumono una forma, talora un'altra.

Il numero delle cause determinanti al reato, è molto meno numeroso per le truppe al fronte, che per le altre, ciò per la maggiore e più stretta vigilanza, e la più severa disciplina delle truppe operanti, ed anche perchè il soldato al fronte acquista una individualità, una personalità, una coscienza di sè stesso e del proprio valore che lo rende meno vulnerabile a movimenti criminali: secondo me al fronte predominano i criminaloidi sui delinquenti occasionali.

Inoltre, sulle truppe operanti, costituite dalle classi più giovani, hanno minor predominio i fattori egocentrici, individualistici, famigliari; vi è una maggior spensieratezza della vita, si risveglia con maggior efficacia l'orgoglio della vita militare, hanno maggior presa gli esempi dei compagni, si ha sopratutto maggior timore del severo provvedimento disciplinare.

Le cause, le quali, con maggior frequenza ho osservato, nei casi che ho avuto agio di esaminare in zona di guerra, sono state specialmente: i disagi della campagna, la paura del combattimento, il pensiero della famiglia lontana, il malo esempio di un compagno. Spesse volte, la lesione era determinata durante il combattimento, o in occasione di questo.

Nell'interno del paese i fattori determinanti sono più complessi e possiamo distinguere:

Fattore etnico. — Vi sono in Italia, delle regioni, delle provincie, dei paesi, che hanno il triste privilegio di questo caratteristico reato militare.

Il fattore etnico è anche importante per la forma che assume l'autolesione. Ci sono infatti delle autolesioni molto più frequenti in una regione piuttosto che in un'altra. Gli esempi sono poi più numerosi nella popolazione delle città che in quella delle campagne.

Fattori politici. — Sorvolerò su questi. Mi sia lecito solo l'accennare che mentre alcuni paesi sono precipuamente infetti, altri vicinissimi sono indenni o quasi. E se si prende in considerazione il predominante sentimento politico nell'uno e nell'altro paese si trova ben diverso.

Condizione sociale. — Non ha importanza, o per lo meno, dalle mie osservazioni non mi è risultato che la condizione sociale del militare eserciti un'influenza notevole. E lo stesso dicasi della professione o del mestiere esercitato dal militare.

Condizioni famigliari. — Queste, invece sembrano avere una certa importanza. Talora è autolesionista un padre di numerosi figli, talora un militare che ha avuto un fratello morto in guerra, talora disgraziate condizioni economiche della famiglia inducono a cercare il mezzo fraudolento per sottrarsi al servizio militare; talora il desiderio nostalgico della famiglia; tutti questi, sono fattori che evidentemente hanno una grande importanza occasionale.

Età. — Io ho osservato, relativamente più frequenti le autolesioni negli uomini maturi che in coloro di già abituati alla vita militare, o che da pochi anni l'avevan cessata. Forse, perchè in quelli hanno molta maggior importanza le cause occasionali famigliari e professionali di cui si è fatto cenno.

Periodo della vita militare. — Così i casi sono più numerosi nei giorni che seguono alla chiamata alle armi, ed infatti sono abbondanti nelle reclute. Ciò, si comprende, poichè appena l'individuo è chiamato sotto le armi, è la paura dell'ignoto che può vincerlo, mentre dopo pian piano assume l'adattamento professionale.

Concetto dell'impunità. — È, purtroppo, un sentimento molto diffuso e tale, che secondo me, ha una peculiare importanza sul fenomeno.

Il militare colpevole di questo reato ha in non cale la condanna che dovrà subire dopo la guerra, e talora non dissimula di avere in ogni modo ottenuto il suo scopo di sottrarsi per qualche mese al servizio militare. Tanto vero ciò, che si verificano, nello stesso ambiente ospedaliero in cui tali militari vengono ricoverati, delle recidive: e alcuni denunciati e condannati dal Tribunale, tornano dopo poco con la stessa o con altra forma di autolesione.

Non mi è consentito indugiarmi su questo punto, dirò solo che ho constatato che, l'indicazione al dispregio, allo scherno dei compagni, ha un'enorme efficacia, e ciò è ben facile a comprendersi trattandosi come più volte si è ripetuto per moltissimi casi, di delinquenti occasionali.

Dovrebbero quindi essere applicate pene severe, immediate, pubbliche, come propone anche il maggiore medico Rivalta (1).

(1) R. RIVALTA. *Considerazioni su una centuria di casi di patomimia cutanea.* Giorn. di Medic. Militare, febbraio 1917.

Traumi e malattie pregresse. — Questi, in un terzo per lo meno dei casi sono il punto di partenza, l'occasione, per il determinarsi delle autolesioni e delle simulazioni. Una piccola ferita riportata in guerra, completamente cicatrizzata, costituisce un ottimo substrato per l'applicazione sulla cicatrice di sostanze caustiche escarizzanti; una contusione, una distorsione, l'allegato momento eziologico per spiegare il permanente gonfiore di un segmento distale di arto da stretto bendaggio; una congiuntivite o un'otite sofferta nell'infanzia si riscontrano spesso tra i dati anamnestici delle congiuntiviti ed otiti procurate che si cerca di far passare come riacutizzazioni di vecchie malattie, ecc.

Licenze avute. — Un'altra causa occasionale, che pur molto frequentemente si riscontra, è data dalle licenze invernali o di convalescenza o agricole.

Il militare che torna, per un tempo più o meno breve nel seno della propria famiglia, tra i suoi amici, che riprende le abitudini della vita borghese, quando la licenza sta per scadere, sente più forte il distacco, pensa ai disagi ed anche ai pericoli che l'attendono ed è indotto in uno stato d'animo molto proclive alla ricerca di un qualsiasi mezzo che possa, anche temporaneamente, allontanarlo dalla vita militare. Spesso ha vicino il cattivo consiglio di un compagno che ha ottenuto con mezzo fraudolento il prolungamento della licenza, o l'istigazione di delinquenti professionali che gli suggeriscono i mezzi autolesivi o che magari si offrono a praticare la frode; e così facilmente con questo substrato psicologico, si monoideizza sulla possibilità e sulla facilità di raggiungere lo scopo.

IV.

L'importanza dell'anamnesi.

Si dice, e non a torto, che l'anamnesi costituisce mezza strada sulla via della diagnosi.

E molte volte anzi, l'anamnesi costituisce tutta la diagnosi. Sono racconti fantastici che spesso il militare pensa e riferisce, nei quali l'inganno è ben facilmente riconoscibile, talora invece il momento eziologico è ben ideato e il trucco non si riesce a rilevarlo che circuendo il soggetto di domande sopra domande, cercando di fargli precisare date ed episodi e circostanze secondarie, cercando di fargli spiegare le contraddizioni in cui spesso cade. Nel raccogliere l'anamnesi bisogna anzitutto risalire agli antecedenti dell'individuo (1). Poi si deve eseguire una vera psico-analisi del soggetto (2), e così balzeranno fuori non solo dei dati diagnostici importantissimi, ma anche certi elementi di prim'ordine che getteranno fasci di luce sulla psiche dell'individuo e sui suoi sentimenti etici.

Bisogna cercare sempre di stabilire una relazione tra il racconto e l'esame obiettivo praticato, tra il meccanismo lesivo addotto e i fatti osservati. Talora, saranno delle incongruenze banali, talora, invece, il racconto segue un fine logico, dal quale è ben difficile far deviare il soggetto, che, chi sa per quanto tempo, ad altro non ha pensato, che all'interrogatorio che avrebe dovuto subire da parte del medico militare! Particolarmente difficili, sono quei casi, in cui il meccanismo lesivo addotto ha realmente avuto luogo, ma è stato artificialmente provocato!

Così dicasi, p. es., delle ustioni da acqua bollente, volontariamente versata sui piedi!

Non si possono qui dettar le norme, sul modo di raccoglier l'anamnesi e d'interrogare il soggetto; dirò solo che bisogna anche in ciò, seguire un metodo, evitando il più possibile le domande dirette, nè implicar nella domanda l'attesa supponibile risposta; e bisogna lasciar dire, lasciar dire al soggetto tutto ciò che vuole e desidera dire! (*Continua*).

---

(1) OTTOLENGHI. *La nuova cartella biografica dei pregiudicati.* Boll. Scuola di Polizia Scientifica, luglio 1916.

(2) S. DE SANCTIS. *Tratt. di psichiatria forense,* già cit.

L'ittero procurato da ingestione di acido picrico

(Ittero picrico - Falso ittero)

per il magg. med. dott. prof. GIOVANNI MASNATA
Direttore degli ospedali di Stradella
Docente nella R. Università di Pavia.

La notevole quantità di itteri riscontrati nelle truppe operanti fece in sul principio pensare alla loro simulazione. Ricerche successive attenuarono molto le prime impressioni, specie coll'affermarsi anche in Italia di una forma morbosa, già studiata nel Giappone, in Germania ed in Francia, *di itteri febbrili infettivi* aventi la caratteristica di una vera epidemia.

In Italia gli studî fatti al riguardo dal Frugoni e Cannata (1), dal Moreschi e Carpi (2), dal Monti, dall'Ascoli Maurizio e Perrier, dimostrarono la relativa benignità di queste for-

me, ma distolsero quasi completamente i sanitari, dalla giusta sorveglianza sugli itteri provocati.

*
* *

Il prof. Monti (3) recentemente rilevava che i molti casi di ittero stati già osservati in Zona di guerra erano stati da *qualcuno* giudicati come una malattia procurata mediante l'ingestione di piccole dosi di acido picrico e con l'animo già proclive a scartare questa possibilità, si accinse a fare ricerche sulle orine per indagare intorno alla eventuale presenza di acido picrico o *per cercare la probabile causa di errore che aveva indotto qualcuno a credere di avere trovato l'acido picrico*. Aggiunge poi il prof. Monti: «è inutile dire che la ricerca del «presunto acido picrico riuscì sempre negati- «va: nè è il caso di insistere qui sui compo- «nenti dell'orina che possono da qualcuno esse- «re scambiati con acido trinitro-fenico od in «genere con derivati nitrofenolici».

Anche il prof. M. Ascoli (4) ed il Perrier, a proposito della etiologia dell'ittero epidemico, si esprimono nel modo seguente: «Non molto «tempo dopo l'inizio della presente guerra co- «minciarono a comparire negli eserciti combat- «tenti osservazioni intorno a forme di ittero «che ne additavano più o meno chiaramente la «forma epidemica, ed il moltiplicarsi *destò «primo il sospetto che si trattasse di malattia «artificiosamente procurata*». Anche il Rosei (5) a proposito dell'ittero castrense asserisce che il suo insorgere, quasi all'insaputa del soggetto, in modo strano, *ha fatto pensare ad alcuni persino la simulazione*.

Dopo affermazioni così precise colle quali si ammetteva che chi avesse sospettato la possibilità di un artificio era certamente caduto in grave errore, da nessuno più in Italia si pensò alla esistenza degli itteri simulati, nel mentre in Francia, specie ad opera dello Chavigny (6) si continuava invece ad affermare che: «gli «itteri provocati con ingestione di acido picrico «rappresentano una delle affezioni più fre- «quentemente simulate», e se ne descrivevano i sintomi principali (7).

*
* *

Mi sembra giusto e doveroso in questo stato d'animo di scuotere un poco una fiducia illimitata che passivamente incoraggia manovre assai dannose al soldato, come uomo, all'esercito, alla nazione. È bene che si sappia che accanto ai veri itteri catarrali, accanto agli itteri che accompagnano molteplici infezioni ed agli itteri epidemici spirochetici possono esistere itteri procurati artificialmente.

Non è possibile dire quale e quanta sia la proporzione e la diffusione di questi itteri, ma la conoscenza che se ne ha fra qualche soldato e la *sicurezza di impunità assoluta* meritano un pronto riparo contro un possibile dilagare del male, contro il pericolo di una epidemia di nuovo genere, non meno pericolosa delle vere, se atta a distrarre uomini validi dal compiere il proprio dovere.

Nell'ospedaletto da campo n. 18 dove mi trovai per molti mesi, vidi passare alcuni itteri non febbrili, rapidamente insorti in soldati in ottime condizioni generali e fu sempre vivo in me il desiderio di indagare se per caso le affermazioni venute dalla Francia avessero riscontro in Italia. Nell'Ospedale di riserva di Stradella ebbi più agio di studiare gli itteri la cui quantità è davvero impressionante quando si pensi che su 1168 ammalati di medicina accolti dal 17 luglio 1915 al 31 dicembre 1916 i casi di itterizia furono 134 e cioè il 10,6 %. Essi furono così divisi: 113 per ittero catarrale, 3 per ittero febbrile, 17 per ittero infettivo ed epidemico ed 1 per ittero da calcolosi epatica.

Due casi richiamarono subito la mia attenzione principalmente perchè, trovandomi in un piccolo centro, la conoscenza personale degli individui influì a far sorgere il primo sospetto. Quasi contemporaneamente, allo spirare della licenza, due giovani mi si presentarono con chiare note di ittero catarrale. Le congiuntive bulbari erano fortemente iniettate in giallo arancio, dolenzia epigastrica, senso di malessere accusato dagli ammalati, lingua fortemente patinosa. Ricoverai i due giovani che pochi giorni prima avevo visto in pieno benessere aggirarsi per le vie della città ed iniziai indagini accurate.

Le orine erano fortemente colorate in rosso arancio e furono da me esaminate. Colle reazioni più delicate non fu possibile di rintracciare pigmenti biliari. L'esame microscopico dell'abbondante sedimento dimostrava la presenza di acido urico in granuli amorfi, di qualche leucocito colorato in giallo arancio, di qualche cilindroide.

Era chiaro che non si trattava di un fatto colemico: l'ittero era falso. Occorrevano ricerche più accurate per rintracciare la sostanza ingerita. L'egregio prof. Domenico Ganassini della R. Università di Pavia procedette al controllo delle mie ricerche ed alle indagini per affermare la presenza nelle orine dell'*acido picrammico* (l'acido picrico ingerito non si elimina per le orine come tale, ma viene ridotto ed eliminato sotto forma di acido picrammico-dinitroaminofenolo).

Le indagini ebbero esito positivo: le orine contenevano forti quantità di pseudo-albumina di origine tossica e di acido picrammico: assenza di sangue. I due itterici avevano dunque ingerito acido picrico !! Quantunque fossi ancora dubbioso sulla realtà del fatto, forte oramai del responso delle indagini chimiche potei affrontare i due simulatori: essi confessarono, fra le lagrime, il loro torto e poterono precisarmi circostanze che io ritengo importanti e che mi affretto a rendere pubbliche perchè il corpo medico non si lasci fuorviare.

*
* *

Mi è stato assicurato che l'acido picrico cristallizzato viene acquistato dal commercio, da farmacisti che l'hanno venduto ritenendo che servisse per uso fotografico (?). Di esso però se ne trova anche in mano a borghesi e potrebbe provenire (è un mio sospetto) dalle fabbriche dove di acido picrico se ne maneggia in quantità.

Uno dei due giovani mi affermò che venne invogliato a fare uso dell'acido picrico *come di un mezzo infallibile* per cui chi se ne è servito non è più ritornato in prima linea. Egli credeva assolutamente impossibile ad un medico di scoprire l'artificio: aveva acquistato il farmaco da un borghese al prezzo di una lira al grammo.

Dosi. — L'acido picrico cristallizzato era contenuto in scatole di cartone. La quantità consigliata per ogni dose era quella del dorso di un cucchiaino da caffè oscillante da gr. 0.75 a gr. 1.00. Uno però dei due ammalati ne aveva ingerito due grammi in unica dose.

Se ne prendono ordinariamente due cartine, a distanza di 24 ore, prima di presentarsi alla visita medica, poichè appena dopo le 24 ore le orine sono rosse e le sclerotiche sono gialle. Entrati nell'ospedale si prende qualche altra cartina di cinque in cinque giorni. Poi si sospende attendendosi il miglioramento, cui seguirà la licenza di convalescenza. Allo scadere di detta licenza, quando si ha voglia di insistere nella simulazione, si rinnova la dose iniziale: presentandosi al deposito si è sicuri di avere altra licenza. In questo modo — mi viene riferito — un sergente inviato in licenza di sei mesi e riconosciuto poi, in rassegna, affetto da ittero cronico, venne riformato.

Sintomi. — L'ingestione di acido picrico porta turbe gastriche più o meno gravi a norma della dose ingerita. È possibile l'ingestione anche di due grammi in unica volta senza fatti gravi di avvelenamento acuto.

I dolori epigastrici che si diffondono al fegato ed all'ipocondrio sinistro confermano nel medico curante il concetto di un ittero catarrale con cui l'ittero picrico può assai facilmente confondersi.

L'appetito scompare, la lingua si fa patinosa e si hanno talvolta conati di vomito o semplice nausea e disturbi intestinali con diarrea. Colle piccole dosi di acido picrico l'alvo non si modifica. Le feci non si scolorano ma sono tinte in giallo.

In uno degli ammalati da me visitati esisteva una eruzione cutanea diffusa, scarlattiniforme. Nell'altro si ebbe nei primi giorni elevazione termica fino a 37°.8.

Le orine, dopo l'ingestione del farmaco, diventano rossastre, rosso-brune, brune, quasi nerastre, a norma della maggiore o minore quantità di acido picrico ingerito: esse dopo 16 e più giorni erano ancora color marsala.

La presenza di acido picrammico nelle orine fu riscontrata ancora dopo 17 giorni dall'ultima ingestione di acido picrico.

L'iniezione gialla della sclera persiste per lo stesso periodo di tempo, e così pure la colorazione della pelle del viso e del corpo. Questi sono i sintomi da me rilevati.

*
* *

In Francia la sintomatologia venne studiata anche con auto-esperimenti.

Murat e Durand (8) ingerirono dosi di acido picrico varie da gr. 0.20 a gr. 0.50 ed un gr. Essi poterono concludere:

1) L'acido picrico è poco tossico: anche le dosi di 1 gr. sono ben tollerate senza elevazione termica e senza disturbi funzionali.

2) L'eliminazione colle orine di acido picrammico comincia verso la sesta ora e prosegue regolarmente durante i giorni seguenti. Essa dura:

fino a 4 giorni, con dosi di gr. 0.20
fino a 6 giorni, con dosi di gr. 0.50
fino a 12 giorni, con dosi di gr. 1.00.

3) Sembra che la minima dose necessaria per produrre un falso ittero sia di gr. 0.20.

Fo rilevare che nel secondo caso da me registrato si ebbe l'ingestione di 5 gr. di acido picrico in 10 giorni: in una volta sola furono ingeriti 2 grammi !!

Barthe e Frèdoux (9) distinguono due itteri simulati:

a) L'ittero leggiero caratterizzato dall'arrossamento delle orine e dall'ingiallimento della sclerotica senza altri disturbi funzionali.

b) L'ittero grave: in esso la temperatura sale a 39°, 39°.5, la testa pesante, il sonno agitato. Ai segni di insufficienza renale vengono ad aggiungersi accidenti di emolisi che si tradu-

cono in purpura generalizzata. In questi itteri picrici non si ha cambiamento nel volume del fegato e *le feci non sono scolorate*: le orine non contengono pigmenti biliari ma *acido picrico e picrammico.*

* * *

È interessante il fatto che negli itteri simulati gravi, nei primi giorni della ingestione del farmaco, possono aversi elevazioni termiche le quali potrebbero far sospettare un vero ittero febbrile od un ittero epidemico. Nel caso da me registrato la temperatura non salì a 39° ma si ebbe nel 1° giorno 37°.8.

L'ittero picrico grave può inoltre — secondo le affermazioni del Barthe — avere punti di contatto con l'ittero emolitico.

* * *

A scopo di curiosità medica riporto gli estratti nosologici compilati sui due ammalati da un distinto Capitano medico assimilato, capo reparto di medicina, il quale non sospettò mai la simulazione.

CASO I. — Soldato F... G..., accolto il 24 novembre 1916 per ittero catarrale. Proviene dalla licenza di convalescenza. Già ricoverató all'Ospedale Militare di Riserva di..... il 10 novembre 1916. Dalla cartella clinica si ricava: Viene da..... Subì le iniezioni antitifiche, anticoleriche ed antitetaniche. Anamnesi familiare e personale negativa. La presente malattia esordì sei giorni fa con febbre, dolori muscolari, cefalea, disappetenza. Nello stesso tempo notò la comparsa di numerose macchie rosse per tutto il corpo. Aveva tosse e lagrimazione. Attualmente l'eruzione è scomparsa. Notasi leggiero catarro alle vie bronchiali. Nulla al cuore. Stato saburrale delle vie digerenti. Apirettico. Leggiera tinta itterica alle congiuntive oculari.

Stato attuale. — Lingua sporca. Nutrizione buona. Sclerotiche e pelle del tronco itteriche. Inoltre la pelle del tronco, del viso e del collo si mostra arrossata, scarlattiniforme, ed alla pressione digitale si ha l'impronta giallastra che poi ritorna di colore scarlatto. Alle fauci non si riscontra nulla di speciale importanza. Torace: qualche rantolo posteriore. Cuore: nulla. Addome: pesantezza allo stomaco, null'altro di notevole. Alvo stitico.

26 novembre. — L'esantema si va notevolmente riducendo. Latte gr. 2000. Bicarbonato e rabarbaro.

Esame delle orine. — Colore giallo itteriche, spumose, senza albume.

27 novembre. — Apirettico.

5 dicembre. — Due pastine.

9 dicembre. — Feci chiare (!!) (Così vennero indicate dal soldato al medico curante).

10 dicembre. — Sempre apirettico.

20 dicembre. — Colorito del volto rosa pallido. Lingua pulita. Nutrizione mantenuta. Sclerotiche appena di tinta it'erica. Addome trattabile, indolente. Accusa leggiero dolore alla cistifellea (!). Alvo regolare. Feci nere.

22 dicembre. — Dimesso con 15 giorni di licenza di convalescenza.

* * *

7 gennaio 1917. — Allo spirare della licenza si presenta con una nuova manifestazione itterica. È accolto nell'Ospedale.

L'ammalato accusa cefalea. Ha lingua patinosa. Colorito della pelle e delle congiuntive bulbari itterico. All'esame degli organi respiratorî notasi asprezza bronchiale a tutto l'ambito toracico, più spiccata a destra ove si sentono sibili. Nulla di notevole all'apparato cardio-vascolare. Fegato debordante di un dito: l'addome è discretamente trattabile. L'ammalato alla palpazione avverte dolore alla regione epatica. Alvo irregolare. Apirettico. Si somministrano 2 cartine di Dower e terpina. 2 pastine, latte gr. 2000.

11 gennaio. — Fegato ritornato nei limiti del normale. Addome trattabile, indolente. Scomparsa la tinta sub-itterica alla cute: sclerotiche lievemente sub-itteriche. Al torace di destra si riscontra qualche rantolo, a sinistra nulla di particolare importanza.

22 gennaio. — Colorito roseo. Nutrizione mantenuta. Mucose visibili e sclerotiche di colore normale, come pure la cute. Torace e cuore nulla. Addome nulla. Alvo regolare, feci nere.

Si dimette guarito e ritorno al suo Corpo. Questo soldato era riuscito a farsi ricoverare successivamente tre volte negli Ospedali militari assentandosi dal servizio dal 10 novembre 1916 al 22 gennaio 1917. E se l'artificio non fosse stato scoperto chi sa quando avrebbe finito!

* * *

CASO II. — Soldato M... C..., accolto il 31 dicembre per ittero catarrale.

Proviene dalla licenza invernale. Temp. 37°.8. Da qualche giorno accusa malessere, inappetenza, dolori epigastrici, debolezza generale.

Stato attuale. — 1 gennaio 1917. — Colorito della pelle giallo-bruno. Nutrizione discreta, lingua leggermente impatinata, colorito delle sclerotiche itterico. Torace e cuore nulla. Addome: fegato e milza nei limiti normali, un poco dolente la regione della cistifellea. Alvo regolare, feci chiare (!). (Il medico le feci non le aveva viste, ma aveva notato quanto il soldato asseriva). Temp. 37°.2. Due pastine, latte gr. 1500. Acqua di Montecatini.

2 gennaio. — Temp. 37,4.

3 gennaio. — Apirettico.

5 gennaio. — Le feci cominciano a colorirsi.

6 gennaio. — Persiste dolore alla regione epatica. Vi è tinta itterica della pelle e delle congiuntive bulbari.

8 gennaio. — Temp. 37,2.

9 gennaio. — Aumenta la tinta itterica tanto della pelle, come delle congiuntive bulbari. Continua più accentuato il dolore alla regione epatica tanto spontaneo, come alla pressione.. (Il soldato in questo giorno aveva presa la 4ª dose di 2 gr. di acido picrico!). Orine fortemente tinte in bruno.

10 gennaio. — Temp. massima 37°.6. (Primo esame delle orine).

11 gennaio. — Apirettico. Sali di Tamerici.

17 gennaio. — Orine itteriche. (Secondo esame delle orine).

18 gennaio. — Migliora. Due pastine, latte gr. 2000.

20 gennaio. — Temp. massima 37°.1. Colorito della pelle quasi normale. Sclerotiche leggermente sub-itteriche.

21 gennaio. — Apirettico.

24 gennaio. — Lingua impatinata. Orine limpide color marsala.

26 gennaio. — Le sclerotiche sono quasi completamente scolorate. Persiste alla pressione un senso doloroso all'epigastrio. Le orine sono ancora di color giallo arancio (esame n. 3). Continua l'inappetenza.

31 gennaio. — Le sclerotiche mantengono una leggiera tinta aranciata. Le orine completamente scolorate. Si risveglia l'appetito.

2 febbraio. — Esce guarito ed è rinviato al suo Corpo mobilitato.

*
* *

Dalle confessioni fatte dall'ammalato risulta:

Il 30 dicembre 1916 era stata presa la prima dose di acido picrico.

Il 31 dicembre 1916 era stata presa la seconda dose. Il 4 gennaio 1917 la terza ed il 19 gennaio la quarta dose.

Ogni dose di circa un grammo, l'ultima dose fu di due grammi: *totale cinque grammi in* 10 *giorni* !!

L'acido picrammico era stato trovato nelle orine per la prima volta il 10 gennaio. Le orine vennero poi esaminate ancora dal prof. Ganassini anche il 17 gennaio (dopo 8 giorni dell'ultima ingestione) ed il 26 gennaio (dopo 17 giorni). In esse venne riscontrato ancora la presenza di acido picrammico in quantità sempre minore.

Pur riconoscendo che la maggior parte degli itteri sono vere e proprie malattie, non può ritenersi che questi due casi da me descritti siano isolati. Ad evitare che il concetto dell'impunità possa sempre più far diffondere gli itteri picrici si rendono necessarie da parte dei medici militari alcune precauzioni: *è necessario procedere in tutti i casi dubbî di itterizia alla ricerca dei pigmenti biliari nell'orina.*

La loro mancanza è destinata ad accrescere il sospetto della simulazione: la constatata presenza di acido picrammico ne darà la certezza.

*
* *

Nei varî trattati trovansi registrate le reazioni per la ricerca dei pigmenti biliari nelle orine.

Le ricerche per l'acido picrammico sono tutto affatto recenti. Credo conveniente in questa breve nota, specialmente per comodità dei medici che si trovano al fronte, di indicare le più sicure indagini chimiche per le suddette ricerche.

Debbo al Chiarissimo prof. Domenico Ganassini della R. Università di Pavia i metodi di indagine che qui sotto trascrivo.

*
* *

Ricerca dei pigmenti biliari. — Per la ricerca dei pigmenti biliari nelle orine non si deve ricorrere alla vecchia e classica reazione di Gmelin la quale, mentre riesce molto bene quando si tratti di mettere in evidenza la presenza di bilirubina nelle soluzioni acquose di bile e talvolta anche in orine ricchissime di questo pigmento, dà invece pochissimo affidamento di sicurezza nelle orine quando venga adottata come metodo di ricerca. Infatti nelle orine, contenenti anche una notevole quantità di pigmenti biliari, la presenza contemporanea di una certa proporzione di indacano, di urobilina o di altri pigmenti di natura diversa, può impedire più o meno completamente il manifestarsi della reazione di Gmelin, che dopo tutto nelle orine è sempre poco sensibile.

Metodo di Grimbert. — Il metodo più sicuro e sensibile per la ricerca dei pigmenti biliari nelle orine è quello di Grimbert, al quale, salvo alcune modificazioni, conviene unicamente attenersi.

a) *Miscela baritica.* Ad un volume di orina da 10 a 200 cmc. a seconda che si devono ricercare grandi o piccolissime quantità di pigmenti biliari, si aggiunge un ugual volume di miscela baritica (preparata mescolando un volume di soluzione satura a freddo di cloruro o nitrato di bario con due volumi di un'altra soluzione di idrato di bario pure satura a freddo).

b) *Miscela calcica.* Invece della miscela baritica si può adoperare quest'altro metodo: rendere alcalina fortemente l'orina coll'aggiunta di qualche goccia di soluzione concentrata di carbonato di sodio ed aggiungervi poi $^1/_{10}$ circa del suo volume di una soluzione di cloruro di calcio al 20 %.

Con entrambe le miscele si forma un abbondante precipitato che insieme a carbonato, solfato e fosfato di bario o di calcio, contiene tutta la bilirubina presente nell'orina in esame sotto forma di bilirubinato di bario o di calcio. Questo precipitato si raccoglie su filtro e si lava un paio di volte con acqua; esso sarà colorato in giallo se l'orina conteneva pigmenti biliari, sarà bianco se non ne conteneva. Comunque, senza dare grande importanza a questo fatto, il precipitato si fa cadere, dopo sfondato il filtro, in una provetta mediante 4 o 5 cmc. di una soluzione alcoolica di acido cloridrico al 5%.

Si pone quindi la provetta in acqua bollente per un minuto circa; *se il liquido alcoolico si*

sarà colorato in verde più o meno intenso è dimostrata la presenza dei pigmenti biliari dell'orina in esame.

Solo quando il liquido alcoolico presenta una colorazione incerta o brunastra, si aggiunge una goccia o due di acqua ossigenata delle farmacie e si torna a scaldare la provetta nell'acqua bollente; se anche con questo trattamento non compare colorazione verde del liquido, la presenza dei pigmenti biliari nell'orina in esame viene esclusa.

Ora sullo stesso precipitato, ottenuto colla miscela baritica o col cloruro di calcio, si può seguire con maggiore vantaggio quest'altro metodo per mettere in evidenza la presenza di bilirubina.

Sul filtro che contiene il precipitato si fa passare e ripassare un po' di acido acetico concentrato e bollente (4 a 5 cmc.). Alla soluzione acetica del precipitato filtrata, si aggiunge, dopo raffreddamento, una o due goccie di soluzione acquosa al 0.5% di nitrito di sodio o potassio. La comparsa di una colorazione verde nel liquido che può passare più o meno rapidamente al colore seppia, od all'azzurro ed al violetto, dimostra la presenza dei pigmenti biliari nell'orina in esame.

*
* *

Ricerca dell'acido picrammico. — Sicome negli individui che hanno ingerito dell'acido picrico, questo passa nelle orine certamente trasformato per la massima parte in acido picrammico, si comprende facilmente come la ricerca di quest'ultimo nelle orine, basti a dimostrare con sicurezza l'avvenuto assorbimento di acido picrico.

Dunque quando nella ricerca dei pigmenti biliari in una orina, dall'aspetto itterico e proveniente da un individuo apparentemente itterico, si è ottenuto un precipitato baritico o calcico decisamente colorato in giallo e nello stesso tempo si è constatato nella stessa orina l'assenza assoluta di pigmenti biliari, *è lecito supporre la presenza dell'acido picrammico.*

Una tale orina trattata con acetato di piombo neutro dà un abbondante precipitato ed il filtrato ha perduto ben poco del suo colore primitivo mostrandosi ancora *intensamente colorato in giallo rossastro.* Un'orina invece contenente pigmenti biliari con questo trattamento fornisce un filtrato che ha perduto quasi completamente il suo colore primitivo, presentandosi *appena* colorato in giallo debole; ciò dipende dal fatto che mentre la bilirubina è precipitata dall'acetato di piombo, l'acido picrammico invece rimane del tutto in soluzione.

Metodo di Grimbert (10). — Ora seguendo le indicazioni di Grimbert, ecco come si può mettere in evidenza in un'orina la presenza dell'acido picrammico.

A 100 cmc. dell'orina in esame si aggiungono 10 cc. di soluzione di acetato di piombo neutro ael 10%. Si filtra ed al filtrato si uniscono 20 cmc. di acido solforico diluito al 25 %. Si torna a filtrare ed il nuovo filtrato si agita in un separatore a rubinetto con circa 5 cc. di cloroformio. Si lascia riposare un po', quindi si separa il cloroformio, di colore giallognolo, che viene diviso in due parti:

a) *Reazione di Le Mithouard*:

Ad una parte si aggiunge circa un volume eguale di ammoniaca diluita al 10 %; in presenza di acido picrammico si comincia a vedere che il cloroformio si colora in rossastro. Si fa allora pervenire, mediante pipetta, al fondo del cloroformio un po' del reattivo di Le Mithouard, il quale, se darà luogo, a contatto del liquido ammoniacale, ad un bell'anello di color rosso sangue, sarà dimostrata la presenza dell'acido picrammico nell'orina in esame.

Il reattivo di Le Mithouard si prepara sciogliendo gr. 2 di solfato ferroso e gr. 10 di acido tartarico in 100 cmc. di acqua distillatta.

b) *Diazoreazione di Derrien*:

Dimostrata colla reazione Mithouard la presenza dell'acido picrammico nell'orina, si può confermarla, se si crede utile, colla diazoreazione di Derrien.

Si evapora perciò l'altra parte del cloroformio in una capsulina di porcellana a bagno-maria. Il residuo si tratta con due o tre cmc. di acqua acidulata con acido solforico, quindi si aggiungono due o tre goccie di soluzione di nitrito di sodio al 0.1 per mille e si scalda il liquido a bagno-maria per circa un minuto. Nel liquido raffreddato rapidamente si lasciano poi cadere due o tre goccie di ammoniaca saturata con betanaftolo, quindi si agita la miscela con un po' di etere. In presenza di acido picrammico l'etere si separa intensamente colorato in violetto porpora.

Con una di queste due reazioni si può facilmente mettere in evidenza la presenza dell'acido picrammico nelle orine, tenendo presente che la seconda di Derrien è molto più sensibile della prima di Le Mithouard.

Ringrazio il chiar. prof. D. Ganassini del vivo interesse preso a questa breve nota e specialmente per la parte riflettente i metodi di ricerca chimica che egli stesso volle compilare.

Stradella, 15 febbraio 1917.

(10)

BIBLIOGRAFIA.

(1) FRUGONI e CANNATA. *Ittero da campo e b. paratifo B.* Policlinico, Sez. pratica, 1916, pagg. 531, 1080, 1340.

(2) MORESCHI e CARPI. *Osservazioni cliniche e sperimentali sopra una forma di ittero infettivo epidemico nelle truppe combattenti.* Policlinico, Sez. pratica, fasc. 43, 1916.

(3) A. MONTI. *Note nosografiche epidemiologiche ed anatomiche sull'ittero infettivo spirochetico.* Boll. Soc. Med.-Chir. Pavia, n. 3-4, 1916.

(4) M. ASCOLI e S. PERRIER. *Sull'eziologia dell'ittero infettivo.* Gaz. Osp. e Clin., n. 103, 1916.

(5) V. ROSEI. *Contributo alla conoscenza della patogenesi dell'ittero castrense.* Policlinico, Sez. prat., 1916, pag. 1329.

(6) CHAVIGNY. *Malattie provocate o simulate in tempo di guerra.* Paris Méd., n. 34, 1916, riportato in Gaz. Osp. e Clin., n. 100, dicembre 1916.

(7) WAHL MARCEL. *Diagnosi dell'ittero da acido picrico.* La Presse Médicale, agosto 1915, riportato in Gaz. Osp. e Clin., n. 58, 1915.

(8) M. MURAT e DURAND. *Sur l'élimination de l'acide picrique par les urines.* Journal de Pharm. et de Chim., XIII, n. 1, 1916.

(9) L. BARTHE et M. FRÈDOUX. *Sur les urines picriquées.* Journal de Pharm. et de Chim., XIII, pag. 369, 1916.

(10) GRIMBERT. Journ. de Pharm. et de Chim., XIII, pag. 188, 1916.

Metodi e processi per la ricerca dell'acido picrico:

ISNARD. *Repert. de Pharm.*, pag. 193, 1914.

VILLEDIEU et MACEAU. Journ. de Pharm. et de Chim., XII, pag. 366, 1915.

POGNAN et SAUTON. Journal de Pharm. et de Chim., XII, pag. 350, 1915.

A. LE MITHOUARD. Paris Méd., n. 27, pag. 475, 1915.

CH. O. GUILLAUMIN. Journ. de Pharm. et de Chim., XII, pag. 143, 1915.

G. RODILLON. Journ. de Pharm. et de Chim., XII, pag. 177, 1915.

J. CASTETS. Journ. de Pharm. et de Chim., XIII, pag. 46, 1916.

Metodi e processi per la ricerca dell'acido picrammico:

LASAUSSE. Compte-rendu Soc. Biol., n. 15, 1915, riportato in Gaz. Osped. e Clin., n. 93, 1915.

P. GRELOT. Journ. de Pharm. et de Chim., XII, pag. 209, 1915.

H. PECKER. C. R. de la Soc. de Biol., pag. 128, 1915.

L. GRIMBERT. *Sur les recherches des derivés picriques dans les urines.* Journ. de Pharm. et de Chim., XIII, pag. 177, 1916.

Di prossima pubblicazione:

B. DE VECCHI, *Le conoscenze attuali su l'artrite alveolo-dentaria.*

S. MINELLI, *Osservazioni sul tifo castrense.*

Ricerche sull'ittero procurato da acido picrico.

Dott. PIETRO ZANNELLI.

Tra le malattie simulate durante la guerra l'ittero da acido picrico, o falso ittero come è stato chiamato, è divenuto frequente negli ultimi tempi anche in Italia, sia in zona di guerra che negli ospedali territoriali.

La denominazione di falso ittero è però impropria perchè, come risulta da ricerche sperimentali eseguite sull'uomo e sugli animali l'acido picrico è un tossico della cellula epatica.

L'acido picrico o trinitrofenolo $C^6 H^2 (Az O^2)^3 OH$ dà per riduzione gli aminofenoli dei quali l'acido picramico o mono-aminodinitrofenolo $C^6 H^2 (Az H^2) (Az O^2)^2 OH$ rappresenta il primo prodotto, al quale seguono il diaminomononitrofenolo $C^6 H^2 (Az H^2)^2 Az O^2 OH$ ed il triaminofenolo $C^6 H^2 (Az H^2)^3 OH$.

Ingerito si trasforma nell'organismo, e principalmente nel fegato, in acido picramico, e più tardi anche in uno degli altri aminofenoli: ma nelle orine appare ordinariamente come acido picramico; eccezionalmente, a dosi elevate, vi si può ritrovare come ecido picrico; ma la sua eliminazione dura soltanto poche ore. Secondo Barral l'ingestione a digiuno non favorisce la trasformazione di acido picrico in acido picramico, e quindi più frequentemente una parte di acido picrico passa, in quelle condizioni, inalterata nelle orine.

L'ittero compare dopo 12 o 20 ore dall'ingestione di acido picrico: la eliminazione di acido picramico si ha in un periodo di tempo minore, anche dopo sei ore; dura 10-20 giorni ed anche più, ed in seguito, per qualche tempo, può constatarsi nelle orine la presenza di derivati picrici in uno stato di riduzione più avanzata.

Nei cani l'eliminazione è più rapida: dopo l'8° giorno è raro trovare nelle orine acido picramico o altri aminofenoli.

Le orine picriche acquistano un colorito che, a seconda della quantità di acido picrico ingerito, può essere giallo-rossastro, rosso aranciato più o meno intenso, rosso sangue o rosso bruno quasi nero: vi sono dei casi in cui esso differisce poco da quello dell'orina normale o non ne differisce affatto; esaminate attentamente non hanno, anche quando contengono pigmenti biliari ed urobilina, la tinta brunoverdastra delle orine itteriche.

La loro reazione è quasi sempre nettamente acida; l'acidità, valutata in anidride fosforica arriva a gr. 2.50-3 per litro, e si conserva lungamente senza subire fermentazioni; se la rea-

zione è alcalina l'acido picramico scompare assai rapidamente; in un'orina putrefatta dopo qualche ora non riesce più possibile dimostrarne la presenza.

Nei primi giorni che seguono l'ingestione di acido picrico si ha oliguria più o meno accentuata, e, se la dose ingerita è alquanto elevata, nelle orine si riscontrano albumina, talora cellule renali, cilindri, emazie, e, come in altre intossicazioni, diminuzione dei cloruri, aumento del peso specifico e dell'urea.

Riguardo ai componenti della bile e suoi derivati le ricerche hanno dato risultati differenti; alcuni esperimentatori hanno riscontrato pigmenti, sali biliari, urobilina; altri negano che l'acido picrico determini un ittero con presenza di tali sostanze nelle orine.

La contradizione però è soltanto apparente: ammesso che la trasformazione dell'acido picrico in aminofenoli avviene quasi esclusivamente nel fegato, è ovvio ritenere che il reperto dei componenti e derivati della bile può essere negativo o positivo a seconda della dose ingerita, della resistenza individuale, e per conseguenza della lesione funzionale della cellula epatica.

In generale l'acido picrico è poco tossico: anche la dose di un grammo è ben tollerata, tanto che non si avverte che un lieve grado di spossatezza, mentre la temperatura resta normale o arriva al massimo a 37°.5 senza sintomi di reazioni funzionali.

Con le ingestioni di dosi forti però il quadro clinico acquista una fisonomia diversa: la temperatura può innalzarsi fino a 39°, 38°.5, si ha pesantezza di testa, sonno agitato, talora diarrea intensa, ed ai segni di insufficienza renale ai quali abbiamo accennato, si aggiungono talora fenomeni di emolisi che si rivelano con una porpora diffusa intensa.

Il fegato anche nelle dosi forti ordinariamente non è aumentato di volume; nell'intestino normalmente tutto l'acido picrico, anche a dosi elevate è assorbito, e quindi non passa nelle feci; tuttavia, a dosi tossiche, le feci possono contenere acido picrico, ma non i suoi prodotti di riduzione.

Non è stato finora osservato nessun caso di morte in seguito all'ingestione di acido picrico: i casi constatati presso operai esposti all'azione delle polveri di acido picrico si sono avuti in generale durante l'estate, specialmente negli alcoolici, ed in quelli affetti da malattie del fegato, dei reni, del cuore. La morte avviene ordinariamente per edema acuto del polmone.

L'acido picramico oltre che nelle orine di questi operai e soldati addetti alla fabbricazione di esplosivi a base di melinite, si può trovare anche in quelle persone che bevono birra alla quale sia stato aggiunto acido picrico allo scopo di aumentarne l'amarezza.

***

Per lo studio dell'azione fisiologica dell'acido picrico ho somministrato a tre individui che si sono prestati per l'esperienza dosi crescenti di acido picrico, seguendone in particolar modo la eliminazione nelle orine. Essi nell'esame clinico non presentavano alterazioni organiche e funzionali, e le orine esaminate preventivamente erano normali.

Conoscendo dalle osservazioni fatte che la dose minima di acido picrico capace di provocare l'ittero è di gr. 0.20 ho cominciato le esperienze colla somministrazione di tale dose.

RISULTATI DELLE ESPERIENZE.

ESPERIENZA I. — Dose di gr. 0.20: la colorazione gialla, compare dopo 20 ore; è appena visibile nella sclerotica, assente nella lingua, nella pelle: dura fino al 6° giorno, le orine sono colorate in giallo carico con leggiera tendenza al colorito vinoso: hanno reazione acida; non contengono pigmenti biliari, urobilina nè altri elementi patologici: normali i componenti fisiologici.

Al 4° giorno il colore torna normale; l'eliminazione dell'acido picramico comincia dopo 8 ore dall'ingestione: fino al 5° giorno è possibile avere ancora reazione positiva; le feci hanno l'istesso colorito delle orine; nello stato generale non si osserva nessuna alterazione.

ESPERIENZA II. — Dose di gr. 0.50: gli occhi, la lingua, la pelle si colorano nettamente in giallo dopo circa 18 ore: nell'8° giorno la colorazione è ancora visibile nella sclerotica: si manifesta lieve oliguria; le orine hanno il colore di malaga vecchio: la reazione è acida; non contengono pigmenti biliari, urobilina, nè altri elementi patologici: normali i componenti fisiologici; il colorito si attenua gradatamente fino a diventare normale al 10° giorno.

L'eliminazione dell'acido picramico comincia sei ore dopo la ingestione; anche all'8° giorno la reazione, per quanto appena accennata, è ancora positiva; le feci sono colorate intensamente in giallo oscuro. Si ha lieve alterazione febbrile, 37°.2, ed un po' di stanchezza generale. È da notare che il paziente due giorni dopo la somministrazione dell'acido picrico ha avuto una leggera colica intestinale.

Dopo 10 giorni somministro una seconda dose di gr. 0.50; la colorazione itterica più intensa della precedente compare dopo 10 ore ed al settimo giorno è ancora visibile anche sulla cute; l'oliguria è più accentuata (l'individuo in 24 ore ha emesso solo 600 cmc.); le orine sono colorate in rosso bruno, il colorito si perde gradatamente ed al 10° giorno è normale; la reazione è acida; quella dell'urobilina è netta ed è presente fino all'8° giorno dall'ingestione; assenza di albumina e di elementi renali; integri i componenti normali. L'eliminazione dell'acido pi-

cramico comincia solo dopo 12 ore dall'ingestione; al 14° giorno la reazione, per quanto debolmente, è ancora positiva. Le feci hanno un colorito nerastro. Il paziente ha avvertito nei primi due giorni lieve cefalea, un po' di nausea, prurito: la temperatura si è conservata normale.

ESPERIENZA III. — Dose di 1.50 grammo: dopo 6 ore appare la colorazione gialla negli occhi, nella faccia inferiore della lingua e sulla pelle: diviene intensa fino al 4° giorno per scomparire verso il 12°. Nelle prime 24 ore vengono emessi 700 cmc. di orina di colore rosso tendente al bruno: il colorito si attenua gradatamente fino a scomparire verso il 12° giorno; pigmenti biliari presenti, assenza di urobilina e di altri elementi patologici; urea 12 ‰: conservati gli altri caratteri normali. Le feci hanno l'istesso colorito delle orine.

L'eliminazione dell'acido picramico comincia dopo 5 ore dall'ingestione: al 14° giorno la reazione è ancora debolmente positiva.

Nelle prime 24 ore leggiero senso di spossatezza, temp. 37°.5, cefalea, nausea: al 3° giorno il paziente sta benissimo.

CONCLUSIONI.

Le esperienze eseguite dimostrano come con le piccole dosi non si riscontrano nelle orine pigmenti biliari e bilirubina, mentre ripetendo la somministrazione di dosi non elevate, o somministrando dosi superiori ad un grammo, i componenti biliari si rendono evidenti per l'alterazione della cellula epatica, il che dimostra che l'ittero picrico ha comune la sua patogenesi con gli itteri tossici ed infettivi.

Per la dimostrazione dell'avvenuta ingestione di acido picrico non sono sufficienti i sintomi clinici, colorito della cute, delle mucose, delle orine, delle feci, assenza di tumore epatico, di alterazioni funzionali, ecc.; ma è necessaria la prova chimica. La ricerca può eseguirsi nelle orine, nel sangue e nelle feci: in queste non sempre riesce positiva, anche quando si è sicuri dell'avvenuta ingestione. Per il sangue le reazioni si eseguono sul siero con gli stessi metodi che si usano per le orine sulle quali si fanno ordinariamente le ricerche per facilità di tecnica e maggiore sicurezza di risultati.

Per l'esame delle feci se ne diluiscono circa 40 gr. con 30 gr. di acido solforico (1:4) fino a dissociazione completa. La diluizione ottenuta si passa attraverso una garza per separare i grumi rimasti; il liquido si decanta, si agita con etere etilico o cloroformio. Si evapora a bagnomaria, si riprende il residuo con 1-2 cmc. di acqua distillata e si decanta; su questo residuo si pratica la ricerca.

Come si è detto, l'acido picrico ingerito si trasforma in acido picramico, e meno frequentemente negli altri aminofenoli; e la sua eliminazione come tale è assai rara, per cui alcuni esperimentatori limitano l'esame al solo acido picramico.

Sebbene questa prova non sia decisiva perchè acido picramico si può anche formare in orine addizionate, dopo la minzione, di acido picrico, ed abbandonate a sè stesse per un periodo di tempo variabile da poche ore ad uno o due giorni, per azione della temperatura, della quantità di alcali, della concentrazione, di batteri (1), tuttavia quando l'esame delle orine si pratica immediatamente dopo la minzione, e si possono escludere altri fattori in atto, la presenza di acido picramico nelle orine può fornire la prova quasi certa dell'avvenuta ingesione di acido picrico.

Altri autori per contrario non fanno la ricerca dell'acido picramico, ma trasformano questo per ossidazione in acido picrico: a tale procedimento si fa l'obbiezione che le reazioni dell'acido picrico sono meno sensibili di quelle dell'acido picramico, e che vi è la possibilità di distruggere l'acido picrico se l'ossidazione è troppo protratta, o la quantità di acido picramico è molto scarsa.

Per eliminare quindi ogni dubbio e per la equità dei provvedimenti militari medico-legali, si rende necessaria la ricerca dell'acido picrico e dell'acido picramico.

Numerose reazioni sono state proposte per la ricerca dell'acido picrico e dell'acido picramico: ne ricorderò quelle che alla facilità di tecnica uniscono una maggiore sicurezza di risultati.

Innanzi tutto essendo l'orina un liquido di composizione complessa e contenente pigmenti e cromogeni capaci colla loro colorazione di disturbare, e rendere perciò meno nette le colorazioni reattive dei due acidi, è necessario isolarli allo stato di purezza o di liberarli almeno dalla maggior parte delle sostanze coloranti.

I metodi più frequentemente adoperati a tale scopo sono i seguenti:

I. Ad una certa quantità di orina si aggiunge una soluzione al 10 % di cloruro di bario finchè non si forma più precipitato: questo si lava, vi si aggiunge una piccola quantità di acqua, poi in leggiero eccesso una soluzione di solfato di sodio 10 % e 2-3 goccie di acido solforico (1:4), si filtra, il filtrato si tratta

(1) Aggiungendo ad orine rese sterili acido picrico anche a dosi minime (0.20 gr. per mille) e poi seminando i tubi con un'ansa di cultura in agar di *b. coli*, dopo 7-10 giorni, il color giallo veniva sostituito da color rosso dovuto alla formazione di acido picramico. Tale reazione non si è avuta con coltura di tifo, paratifo A e B, *M. melitensis*, gonococco.

con un solvente, si evapora ed il residuo si riprende con 5 cmc. di acqua.

II. A 100 cmc. di orina si aggiungono 10 cmc. di una soluzione di acetato neutro di piombo al terzo (soluzione di Courtonne). Nel liquido filtrato si versano 20 cmc. di acido solforico (1:4): si filtra di nuovo, si agita fortemente il filtrato in un tubo a rubinetto con 5 cmc. di cloroformio: questo si separa rapidamente, si decanta, si evapora, e si riprende il residuo con 5 cmc. di acqua distillata.

III. Si tratta una certa quantità di orina col reattivo di Denigès: ossido mercurico gr. 5; acido solforico gr. 20; acqua distillata gr. 500; si filtra ed il filtrato si tratta con un solvente.

I solventi che si usano sono l'etere acetico, l'etere etilico, il cloroformio, l'alcool amilico: il migliore è l'etere acetico perchè consente un più facile isolamento, ed evita la possibilità dell'ossidazione dei derivati picramici. L'alcool amilico estrae bene i due acidi, ma ha l'inconveniente di sciogliere anche un gran numero di altre sostanze.

Sui residui così ottenuti si eseguono le ricerche con i seguenti metodi:

ACIDO PICRICO.

1° In un tubo da saggio contenente 2-3 cmc. del residuo s'introduce un fiocco di lana: si pone a bagnomaria, si porta all'ebollizione per X minuti, poi vi si lascia a contatto per circa un'ora: la lana acquista un colore giallo: lavata all'acqua corrente e col sapone mantiene il suo colorito.

2° Si aggiungono al residuo 2 goccie di cianuro di potassio (1:4); il liquido leggermente riscaldato vira al rosso per formazione d'isopurpurato potassico. Tale reazione si può anche ottenere facendo agire l'acido cianidrico (proveniente da un recipiente con acqua di lauro ceraso) su carta impregnata del residuo ed alcalinizzata con carbonato di soda.

3° (Reattivo di Mithouard). In un tubo da saggio di piccolo diametro si versano 2 cmc. del filtrato da esaminare e 1 cmc. d'ammoniaca: per mezzo di una pipetta si fa arrivare al fondo del tubo 1 cmc. del seguente reattivo:

Solfato terroso	2 gr.
Acido tartarico	10 gr.
Acqua distillata	100 cmc.

Se vi è acido picrico un anello rosso ciliegia o rosso sangue più o meno intenso compare alla superficie di separazione dei due liquidi; per meglio vedere la reazione si osservi su fondo bianco, colle spalle alla luce. Questa reazione è comune all'acido picramico.

4° Reazioni del fosfato di rame ammoniacale (Ch. O. Guillaumin).

Alla soluzione acquosa si aggiunge un quarto del suo volume del seguente reattivo:

Solfato di rame	10 gr.
H^2O	100 gr.
Ammoniaca	40 gr.

Si ha un precipitato che al microscopio si presenta sotto forma di cristalli giallastri di picrato di rame. Questa reazione non si produce coll'acido picramico.

4° Ad ½ cmc. del residuo si aggiunge una goccia di soluzione di bleu di metilene: subitamente si forma un precipitato bleu nero.

ACIDO PICRAMICO.

1° Immergendo un fiocco di lana al residuo e facendo bollire per 10-20′ a bagnomaria la lana si tinge in arancione o rosso o rosso bruno. La tintura resiste al lavaggio all'acqua ed al sapone.

2° Mithouard: è più intensa che non per l'acido picrico. Usando questo reattivo si metterebbero, secondo alcuni esperimentatori, in evidenza anche i prodotti più avanzati di riduzione dell'acido picrico, il diaminomononitrofenolo ed il triaminofenolo. Verso la fine dell'eliminazione dell'acido picramico, oltre la zona rossa, si manifesta una zona di color bleu più o meno intensa separata dalla precedente da una zona non colorata: seguitando l'osservazione si nota che la zona rossa diminuisce a poco a poco d'intensità finchè scompare mentre la zona bleu aumenta; quando l'eliminazione di questi aminofenoli cessa, anche questa zona gradatamente scompare; la scomparsa della zona rossa indica che è cessata la eliminazione dell'acido picramico, la formazione della zona bleu invece dimostrerebbe la eliminazione di prodotti di riduzione più avanzati dell'acido picrico. A queste reazioni non si deve dare importanza assoluta, perchè esse si hanno anche in orine normali o contenenti pigmenti biliari.

Diazo-reazione Derrien. — Questa è specifica dell'acido picramico, ed è molto sensibile.

A 2 cmc. del residuo neutro si aggiunge 1 goccia di acido solforico al 25 % più 2 goccie di nitrato di sodio a 0.01 %. Si scalda a bagnomaria bollendo esattamente un minuto, si raffredda ad acqua corrente e si versano 3 goccie di una soluzione d'ammoniaca satura di β naftol preparata al momento dell'uso, si aggiungono 3-4 cmc. di etere. Dopo agitazione l'etere si colora in rosa violetta o violetto porpora.

Un altro metodo che serve per la colorazione

della lana è quello usato da Köbert: non è però molto semplice e richiede molto tempo.

Si concentra l'urina a bagnomaria, si acidifica con acido solforico, si aggiunge alcool a 95°, si distilla la soluzione alcoolica. Il residuo si riprende con acqua e si estrae con etere. Si evapora la soluzione eterea ed al residuo si aggiunge poca acqua. Si pone un filo di lana nel liquido così ottenuto: si riscalda e se vi è acido picrico o picramico la lana acquista un colore giallo, o giallo arancione. Se al residuo acquoso si aggiunge glucosio ed una soluzione di soda esso acquista una colorazione rossa.

Allo spettroscopio le orine picramiche assorbono il violetto, l'indaco ed il bleu, ed anche una parte del rosso e del verde secondo la intensità della colorazione; mancano però zone di assorbimento.

Tra le reazioni descritte le più sensibili sono quelle di Mithouard e di Derrien: quelle colla lana possono dar luogo ad errori per la eventuale presenza nelle orine di pigmenti e sostanze coloranti.

È tuttavia sempre opportuno in queste analisi colorimetriche usare più metodi per ottenere maggiore esattezza di risultati.

Sulla diagnosi urologica degli itteri da ingestione di acido picrico

per il dott. O. PALEANI, tenente medico
già medico-chirurgo degli Ospedali di Roma.

Per la ricerca di composti picrici nelle urine d'individui sospetti di ittero per ingestione di acido picrico, si è seguito il metodo proposto dai signori Brulé, Javillier e Baeckerot, esposto nella *Presse Medicale*, 28 settembre 1916.

Tale metodo risulta già dal controllo e dal perfezionamento di tecnica precedentemente proposta ed applicata, specialmente nell'esercito francese.

Delle reazioni proposte dai suddetti autori, e tutte da me provate, ho scelto ed utilizzato, perchè più sensibili, le seguenti:

1° Immersione di un filo di lana che si colora in giallo.

2° Reazione del cianuro di potassio sulla lana così colorata.

3° Reazione zonale tra il solfato ferroso in soluzione tartrica e il liquido picrico in esame.

Ecco come si procede nella ricerca:

100 cmc. di urina supposta picrica si addizionano con 60 cmc. di soluzione di Denigés (Il reattivo di Denigés è così formato: si sciolgono gr. 10 di HgO in 40 cmc. di H^2SO^4 e si diluisce sino a 200 cmc. con acqua), si scalda a bagnomaria per 15 minuti e dopo raffreddamento si filtra. si agita il filtrato con cloroformio in un imbuto separatore a rubinetto, si separa la soluzione cloroformica, la si evapora, riprendendo il residuo con pochi cmc. di acqua (5.35).

Tale soluzione serve per eseguire i saggi suindicati.

1° *Colorazione della lana*: s'introducono 2 cm3 del liquido in una provettina con due fili di lana bianca lunghi 2 o 3 cm., si pone la provetta in un bagno-maria sino ad ebollizione che si prolunga per circa dieci minuti; si lascia raffreddare, dopo di che si toglie uno dei fili di lana, lo si lava in acqua corrente e lo si asciuga con carta da filtro. Esso ha assunto e conserva una tinta gialla caratteristica. (Sensibilità 1:50,000).

2° *Reazione del cianuro di potassio*: Nella provettina contenente l'altro filo di lana ed il liquido residuo si aggiungono alcune gocce di soluzione 1:4 di cianuro di potassio in acqua. Si ha formazione di isopurpurato e la lana si tinge in rosso mattone. (Sensibilità 1:25,000).

3° *Reazione del solfato ferroso in soluzione tartrica*: La soluzione picrica viene addizionata con ammoniaca e sovrapposta ad una soluzione composta di solfato ferroso gr. 2, acido tartarico gr. 10, acqua dist. gr. 100.

Al contatto dei due liquidi si forma un anello rosso intenso caratteristico. (Sensibilità 1:1,000,000).

Dei tre saggi si può omettere il secondo, meno sensibile degli altri due, e che può presentare qualche pericolo, dovendo manipolare con un veleno così potente come il cianuro di potassio.

Ho eseguito 3 ordini di prove:

a) la prova della sensibilità e praticità del metodo, così semplificato, rispetto ad urine sicuramente picriche;

b) il controllo delle reazioni su orine normali e su urine da ittero di origine sicuramente non picrica;

c) l'applicazione del metodo allo studio di urine di individui sospetti d'ittero di origine picrica.

A) Per avere urine sicuramente picriche ho aggiunto acido picrico in dose di gr. 0,1 per litro di urina. Risultando però che negli itteri picrici ordinariamente l'acido picrico non viene eliminato come tale, salvo che nelle prime ore dopo l'ingestione, ho reso picramiche alcune orine, essendo l'acido picramico la forma sotto la quale l'acido ingerito viene eliminato dall'organismo, fino alla distanza di circa 20 giorni. Tale trasformazione si può avere facilmente per semplice fermentazione putrida dell'orina addizionata d'acido picrico. Indi si son trattati

100 cmc. di urina col reattivo di Denigés (ossidazione dell'acido picramico contenuto nell'urina); si è agitato il liquido con cloroformio, evaporata la soluzione cloroformica, ripresa con acqua e sottoposta alle sopradescritte reazioni la soluzione picrica così ottenuta.

Il risultato è stato nettamente positivo per tutte le urine così trattate.

B) Controllo su individui non sospetti di simulazione. — Furono eseguiti controlli sul soldato L., perfettamente sano dal punto di vista delle funzioni del ricambio, sul soldato D., con lievi disturbi intestinali, e poi su due donne itteriche aventi pigmenti biliari ed urobilina nelle urina. Risultato completamente negativo.

C) Ricerca su orine sospette. — Ho avuto in esame le urine di dieci militari, le quali davano tutte reazione positiva dell'urobilina in maggior o minor copia, alcune anche quella dei pigmenti biliari.

Su sei il risultato fu completamente negativo. Su tre si ebbero reazioni positive della presenza di composti picrici, ma di tono assai lieve, non così nette da eliminare ogni dubbio in proposito.

L'ultima però di esse e precisamente quella appartenente al soldato F. risultò spiccatamente positiva e tale che tenuto il dovuto conto della sensibilità dei reattivi adoperati e della intensità delle reazioni ottenute, potei fare anche delle deduzioni approssimative sulla quantità di composto picrico presente nel campione studiato.

Tale soldato, al momento dell'esame trovavasi al 7° giorno dalla constatazione dell'ittero fatta da parte dell'ufficiale medico del reggimento.

La quantità di composto eliminata era riferibile a circa 4 mmgr. per litro di urina emessa.

CONCLUSIONI.

a) I metodi proposti dagli autori sopracitati permettono di svelare la presenza di composti picrici nelle orine. Possono essere semplificati, come risulta dalla descrizione da me fatta, ed in tal modo sono di pratica attuabilità.

Dirò anche che, se la soluzione cloroformica dell'urina trattata col Denigés non assume alcuna colorazione gialla o giallastra, si possono senz'altro omettere le ulteriori ricerche, che tutte riuscirebbero negative.

b) Le urine d'individui normali o di itterici non aventi sicuramente introdotto composti picrici, non dànno le reazioni riferite.

c) Su individui sospetti ritengo applicabile il metodo proposto, tenendo però conto delle seguenti avvertenze: Dell'acido introdotto (che si presuppone in dosi non superiori ad 1 gr. *pro die*), solo una quarta parte circa passa nelle urine, e l'eliminazione si prolunga anche per circa 20 giorni, però secondo una curva rapidamente discendente; è solo nelle prime ore dopo l'introduzione che è possibile trovare acido picrico libero nelle urine. Più tardi l'eliminazione ha luogo prevalentemente sotto forma di acido picramico; i miei saggi però mi farebbero supporre che la forma picramica non sia la sola sotto la quale si eliminano i composti picrici in questo periodo: ciò si deduce dal tono della tinta assunta dalla lana nelle mie esperienze, tinta che, pur mantenendosi sempre sul giallo, varia di sfumatura tra un campione e l'altro di urine rese artificialmente picramiche. La tinta però che prevale è quella di un giallo-ruggine che diviene più intenso dopo il trattamento con cianuro di potassio.

È quindi evidente che occorre, se è possibile, esaminare le urine nei primi giorni dalle manifestazioni esterne dell'ittero, onde ottenere reazioni ben nette e tali da eliminare ogni dubbio sulla loro perfetta attendibilità.

Solo con queste cautele ritengo possibile una applicazione medico-legale del metodo esposto.

Diatesi emorragica e cellulo-dermite autocontusiva (1).

Dott. MARIO NISSIM, cap. medico
docente di Patologia Speciale Medica
nella R. Università di Pisa.

Le malattie provocate più in uso nella vita borghese, fra gli operai, allo scopo di estorcere indennizi dalle società di assicurazione, si riscontrano di frequente, sopratutto in tempo di guerra, in alcuni soldati che sperano di esimersi dal servizio militare per un periodo di tempo più o meno lungo, e, se possibile, tentano di conseguire un'invalidità permanente, tale da ottenere l'esonero definitivo dal servizio stesso.

Il codice penale per l'esercito contempla questi casi, e spesse volte il medico è chiamato a giudicare se una lesione possa esser stata o meno volontariamente determinata.

I dati obbiettivi sono talora così evidenti da togliere qualsiasi dubbio, ma, in confronto di questi casi facili, ne esistono altri assai complessi, nei quali, per quanto molti argomenti depongano in favore di una lesione provocata, altri fanno apparire come questa stessa lesione possa invece essere stata determinata nelle

(1) Lavoro pervenuto in redazione il 2 sett. 1916.

circostanze di tempo e di luogo riferite dal paziente.

Il dubbio di far condannare un innocente è atroce, il decoro professionale è turbato al pensiero di riconoscere per genuina una malattia che per contro sia stata maliziosamente provocata: da ciò risulta la imprescindibile necessità dello studio clinico minuzioso di tutte quelle forme morbose che possono essere provocate, analizzandone la sintomatologia, indagandone le cause.

Non è compito che mi sono prefisso quello di descrivere le varie forme di malattie provocate, nè di rilevarne i caratteri differenziali specifici, chè, su questo argomento, è in corso di pubblicazione una memoria completa e ricca di casistica clinica, del maggiore medico prof. Mazzini Volpe; mi limiterò solo alla trattazione di una forma morbosa che, ad un esame superficiale, può essere ritenuta provocata, mentre, con l'opportunità di seguirne più a lungo il decorso, si può affermare come essa rientri nel vasto capitolo delle diatesi emorragiche.

Chi ha letto qualche studio clinico sperimentale sulle lesioni artificiali negli infortuni sul lavoro, ha certamente acquistata la cognizione esatta di quanto si riferisce alla cellulodermite auto-contusiva.

È notorio come questa autolesione si sia verificata in vari centri di lavoratori sotto quella forma che prende il nome di epidemia infortunistica; ben conosciute sono le modalità con le quali questi artisti della truffa cercano turlupinare il medico, smussando il martellamento d'una qualsiasi regione proteggendola primitivamente con ricchi strati soffici.

Ripetendo tutti i giorni la contusione, dileguata la prima infiammazione, che ha l'apparenza di un flemmone iniziale, aumenta la resistenza della regione contusa che diviene di una durezza cartilaginea; ad una attenta osservazione, per quanto la pelle sia bianca, tesa e lucente, si potrà sempre riconoscere in qualche punto una lieve ipercromia, con tendenza alla tinta giallastra o giallo-verdastra, che è l'esponente di pregresse emorragie sottocutanee in fase di ultima trasformazione del pigmento ematico.

Ma, se questo è il risultato di un lavoro paziente eseguito con tutta calma fra le quattro mura della propria abitazione, se questi artisti hanno spesso la complicità, è vergognoso dirlo, di qualche medico che li aiuti nelle loro perverse intenzioni, altrettanto non avviene per il soldato in trinceo che non ha a sua disposizione, nè il tempo, nè i mezzi occorrenti per prodursi artisticamente la sua auto lesione, aggiungendo inoltre che per lo stato d'animo eccitato dal timore di essere scoperto dai compagni o dai superiori, e per intima convinzione di commettere una grave mancanza, molte volte egli è costretto a ricorrere a mezzi più cruenti per raggiungere il suo scopo.

Ond'è che di frequente, negli ospedali di prima linea, si osservano militari che presentano vaste ecchimosi, edema diffuso prevalentemente agli arti inferiori, perchè all'azione contundente essi aggiungono la costrizione dell'arto per favorire la stasi venosa; questi soldati, con puerile ingenuità, riferiscono al medico d'una caduta, d'una battitura casuale, o, per semplificare, dicono d'essere ignari dell'origine della loro malattia.

Ciò premesso entro direttamente in argomento non ritenendo superfluo riferire di alcuni soldati i quali presentavano lesioni tali da far supporre che fossero provocate; anzi aggiungerò che diversi di questi già erano stati denunciati al tribunale di guerra come sospetti di malattia provocata. Lealmente debbo confessare, e questo a giustificazione dei colleghi che precedentemente visitarono gli infermi, come di fronte al primo caso occorso alla mia osservazione da circa un mese, mi trovassi un po' disorientato, e forte fosse il dubbio in me se si trattasse di malattia genuina o provocata. Mentre da un lato il reperto obiettivo di vaste ecchimosi alle gambe ed alle cosce, associate ad un edema così duro da determinare nei polpacci e nelle regioni poplitee una vera e propria resistenza lignea, mi avessero indotto a propendere per una cellulo-dermite auto-contusiva con ecchimosi, altri sintomi concomitanti deponevano per una forma di peliosi reumatica o di scorbuto; l'ulteriore arrivo di infermi che presentavano le stesse lesioni con tutta la graduatoria, dalle forme più leggere alle più gravi, la provenienza di molti di essi dagli stessi reggimenti, il fatto impressionante di aver potuto in così breve tempo studiare una malattia della quale, in oltre quindici mesi di permanenza in ospedale da campo, non un caso era occorso alla mia osservazione, mi hanno fatto allontanare dalla prima ipotesi riservando il definitivo giudizio diagnostico dall'ulteriore decorso della malattia.

Gli ammalati in numero di settanta furono da me osservati parte nel mio reparto medicina, dell'ospedale da campo 047, parte nel reparto chirurgico dell'ospedale 073. Per brevità non trascrivo le singole storie inquantochè nei diversi casi il quadro clinico si riproduceva

molto fedelmente nei varî sintomi, solo variandone l'intensità. Questi possono dividersi in tre categorie: sintomi generali, sintomi esterni e sintomi interni. L'anamnesi famigliare e remota dei pazienti, nessun elemento ereditario nè predisponente ha potuto mettere in evidenza; tutti gli infermi riferiscono di soffrire da un periodo di tempo più o meno lungo — dieci, venti giorni — di dolori reumatoidi agli arti inferiori ed alla regione lombo-sacrale con progressiva intensificazione, fin da essere, alcuni di essi, completamente impossibilitati alla deambulazione; spesse volte esistono localizzazioni articolari di cui i ginocchi e le articolazioni tibio-tarsiche sono la sede preferita, qualche altra volta anche i gomiti sono interessati nel processo flogistico.

La malattia inizia per lo più con febbre alta che ben presto diminuisce fino a scomparire del tutto. Gli ammalati accusano senso di spossatezza, sono apatici e ad un grado assai rilevante di oligoemia, qualche volta, nei casi più gravi, si associa una tinta itterica della pelle e delle congiuntive bulbari. Le alterazioni specifiche si riscontrano però negli arti inferiori, ove si osservano vaste ecchimosi di forma irregolare localizzate nelle più svariate regioni, ma di preferenza alla regione esterna del ginocchio e terzo superiore della gamba, alla regione poplitea e nelle regioni interne delle coscie. Però se questi vasti spandimenti sottocutanei di sangue caratterizzano le forme più gravi della malattia, se il medico anche non molto provetto poca difficoltà incontra nella diagnosi in tali contingenze, qualche volta, specialmente nei casi iniziali o non molto gravi quando la ecchimosi è circoscritta ad una regione sola e le condizioni generali dell'infermo sono relativamente floride, bisogna ricercare un altro sintomo concomitante: le emorragie puntiformi attorno ai follicoli piliferi. Queste piccole emorragie sono caratteristiche nelle diatesi emorragiche, presentano all'inizio un colorito rosso cupo e scompaiono dopo aver passate le normali trasformazioni di colore di tutte le macchie ematiche. Data la grande frequenza con la quale queste emorragie si verificano, non si esagera ad attribuire loro un valore patognomonico, per la diagnosi generica di malattia discrasica con diatesi emorragica. Le stesse lesioni sono state in tre casi osservate oltrechè agli arti inferiori, anche alle braccia come localizzazione secondaria.

Una speciale importanza deve essere rivolta anche alla ispezione delle gengive: è noto come nello scorbuto e nella peliosi reumatica la sede prediletta delle emorragie siano le mucose e primitivamente la mucosa orale: alle gengive nelle mie osservazioni ho potuto constatare tutta la graduazione possibile delle alterazioni, dalla semplice gengivite al turgore spiccato, dalla piccola soluzione di continuo della mucosa, alla vasta ulcerazione. Queste lesioni molto spesso sono limitate al bordo gengivale, in qualche caso però non ho potuto riscontrare alcuna alterazione delle gengive stesse. È questo un dato di fatto di grande importanza sul quale mi tratterrò fra breve, trattando della diagnosi differenziale.

Esposta così molto sinteticamente la sintomatologia che si riscontra all'ispezione poche parole basteranno per descrivere i risultati della palpazione: nei punti ove esistono le ecchimosi si apprezza un notevole aumento di resistenza, i tessuti si presentano edematosi ma l'impressione digitale, la caratteristica *fovea* manca assolutamente: esiste inoltre, in questa zona, squisita dolorabilità che può dimostrarsi con evidenza mediante tutte quelle ricerche di controllo che siamo soliti a praticare per la indagine se il dolore sia o meno simulato.

Già si è accennato alla frequenza delle localizzazioni articolari; giova qui solo ricordare come la tumefazione articolare possa essere monolaterale o bilaterale, ma che essa si manifesta più spiccata dal lato ove i sintomi emorragici sono maggiormente evidenti. All'esame obbiettivo degli organi interni, frequentemente si riconosce il tumore di milza che non manca mai a periodo inoltrato, e che sta in rapporto diretto col grado di anemia. Altri sintomi interni non ho avuto occasione di osservare ad eccezione di qualche lieve complicanza a carico dell'apparato respiratorio da considerarsi come malattia intercorrente e qualche disturbo in rapporto all'apparato digerente di nessuna entità. Fra le complicazioni, oltre a leggere epistassi facilmente frenabili, ricorderò una endocardite primitiva constatata in un soldato, a cui le manifestazioni morbose erano iniziate due mesi prima con sintomi di poliartrite reumatica. Dalla minuziosa anamnesi raccolta risulta che nessun disturbo a carico del cuore questo militare aveva presentato prima dell'inizio della malattia attuale; godette sempre ottima salute sopportando da borghese le fatiche della vita colonica e per un anno, sotto le armi, i disagi della trincea.

***

L'insorgenza di questa piccola epidemia al quindicesimo mese di campagna, il fatto che dessa si è svolta, a quanto io sappia, ad una sola armata ed in zone assai circoscritte, si

prestano ad una serie di considerazioni cliniche e patogenetiche preliminari.

La diagnosi di entrata fu molto varia, e per questa ragione alcuni infermi furono accolti nel reparto medicina del nostro ospedale, ed altri invece furono inviati all'ospedale chirurgico N. 073.

A seconda dei criteri del medico del corpo o di altri colleghi di ospedali più avanzati, i pazienti venivano inviati per scorbuto, peliosi reumatica, porpora emorragica, malattia di Werloff, discrasia sanguigna, reumatismo articolare, poliartrite reumatica, autocontusione, ecchimosi multiple, e via dicendo.

Se pure si deve di necessità convenire, che il medico di reggimento non sempre abbia a sua disposizione, nè il tempo, nè gli opportuni mezzi di ricerca per formulare un preciso giudizio diagnostico, non è men vero che la varietà delle diagnosi fatte sopra ammalati, nei quali la più svariata sindrome può ricondursi ad unico elemento patogenetico, faccia subito risaltare alla mente quanta analogia esista fra le succitate malattie e la presente epidemia. Dal punto di vista medico-legale militare, la diagnosi più utile per i provvedimenti da prendere è, come ho già accennato in principio, la sicura differenziazione delle diatesi emorragiche con la cellulo-dermite autocontusiva.

Il criterio della molteplicità dei casi in uno stesso reggimento non è sufficiente di per sè ad escludere una malattia provocata, perchè, come negli infortuni sul lavoro, anche fra i soldati, esistono piccole epidemie di auto-lesioni, che facilmente si reprimono con energici provvedimenti disciplinari. La diagnosi differenziale è basata invece sull'esame obiettivo, come la numerosa casistica ha potuto far riconoscere. La febbre, l'anemia, le ecchimosi diffuse in varie regioni degli arti inferiori ed anche in quelle ove esistono tessuti molli che allontanano lo strato cutaneo dall'osso, la comparsa di dolori articolari talvoltà associati a tumefazione della articolazione stessa, la concomitante presenza di emorragie puntiformi attorno ai follicoli piliferi, lo stato generale depresso, l'aspetto apatico che assumono i pazienti, senza considerare altri sintomi, come la gengivite, l'epistassi, o più gravi complicazioni che possono senza dubbio mettere maggiormente in evidenza il quadro clinico, faranno senz'altro allontanare dalla ipotesi di essere di fronte ad una malattia provocata.

Nella cellulo-dermite autocontusiva la lesione risiede per lo più nelle regioni cutanee in vicinanza dello scheletro, è circoscritta, non sempre la ecchimosi esiste con evidenza, manca la febbre, mancano i disturbi generali, e, sopra tutto la anemia, la parte edematosa presenta un limite netto fra tessuti infiltrati e tessuti sani, molto spesso all'edema duro si associa edema da stasi, dimodochè sarà permessa la escavazione di una fovea poco profonda, con la compressione digitale.

La presenza di emorragie puntiformi attorno ai follicoli piliferi, che ho potuto riscontrare anche nei casi lievissimi ed all'inizio della malattia, fornirà un sicuro indirizzo diagnostico, anche se gli altri sintomi non siano ancora nel loro completo svolgimento.

Conseguentemente mi sembra che risulti come la diagnosi differenziale tra diatesi emorragica e cellule dermite autocontusiva sia resa assai facile, e che anche con un esame relativamente rapido si possa escludere la malattia provocata; qualora poi il caso fosse tale da far restare il dubbio, è prudente, prima di prendere qualsiasi decisione a carico del soggetto, di esercitare una più oculata e lunga osservazione, o, nel caso d'impossibilità, di trasferire il paziente in altro luogo di cura. Chè, se pure una denuncia al tribunale militare abbia in seguito esito in assoluzione dell'imputato per inesistenza di reato in base a successive perizie mediche, è duopo ricordare come molti soldati che innocentemente si trovano a subire l'istruttoria e il carcere preventivo per una accusa infamante possano risentire un forte trauma morale, non sempre immune di spiacevoli conseguenze.

Il quesito che ora può sorgere spontaneo è quello di stabilire con esattezza di quale malattia si tratti e, sopratutto dal lato pratico profilattico, di determinarne la patogenesi. È questo il compito più difficile e per ora solo nel campo delle ipotesi. Intanto sappiamo che l'epidemia si è limitata a determinati reggimenti dislocati nella stessa zona. Può essersi trattato di una epidemia di scorbuto? A vero dire, stando alla sintomatologia presentata nella maggioranza dei casi, non si dovrebbe rispondere affermativamente al quesito, in quantochè è notorio come uno dei caratteri essenziali di questa malattia sia rappresentato dalla facile tendenza ad emorragie delle mucose. Ora, se fra i molti infermi osservati, alcuni hanno presentato turgore delle gengive con emorragie, ed altri hanno anche avute epistassi, si deve pure ammettere che non sempre questi sintomi sono stati riscontrati anche quando le lesioni anatomo-patologiche agli arti inferiori erano assai cospicue; anzi dirò che,

in qualche caso, non solo non esisteva gengivite, ma spiccava evidente il grado accentuato di pallore, per oligoemia, nelle gengive stesse. Per la patogenesi dello scorbuto è stato invocato l'irregolare regime dietetico e sopratutto il monofagismo (*avitaminosi*), e si è detto che l'alimentazione delle truppe in trincea possa rappresentare un elemento etiologico di non trascurabile importanza.

Anche a questa ipotesi si possono fare alcune obbiezioni; considerando che il vitto del nostro soldato non è rappresentato da una sola qualità di alimenti e che invece è assai variato; inoltre ci dovremmo domandare per quale ragione essendo il vitto della truppa uguale per tutti, solo in tre reggimenti e in determinate zone, una infezione scorbutica avrebbe dovuto manifestarsi. Si aggiunga poi che tale manifestazione morbosa si sarebbe dovuta svolgere dopo quindici mesi di campagna, senza che in antecedenza nessun caso si fosse verificato e che essa si fosse manifestata proprio durante la stagione meno rigida, mentrechè, è notorio, che le epidemie scorbutiche di preferenza si osservino nell'inverno, o in regioni ove il clima sia estremamente freddo.

Potrebbe essere più logica la supposizione che si trattasse di una forma infettiva, tanto più che in qualche caso dalla anamnesi personale prossima risulta come all'inizio gli ammalati avessero presentato flogosi tonsillare e faringea. Se pur la casistica non può dimostrare questa asserzione, se l'esame batteriologico del sangue praticato sugli infermi più gravi ha dato esito completamente negativo, non si può escludere che si tratti di una infezione anzichè batterica, protozoaria; ma anche su questo punto ulteriori dilucidazioni si attendono.

Lungi da me la pretesa di voler asserire in modo assoluto la natura di questa malattia, anche per la mancanza di opportunità di seguire fino a guarigione gli ammalati e di praticare tutte quelle ricerche di laboratorio, le quali un fioco lume avrebbero forse potuto apportare, dirò solo che le precedenti considerazioni, avvalorate anche dai risultati terapeutici, mi hanno indotto a ritenere che si tratti di forme a substrato reumatoide. Volendo poi circoscrivere ancor più il concetto diagnostico si può ammettere di essere di fronte al quadro clinico della peliosi reumatica, nelle sue più svariate manifestazioni morbose.

È vero che la peliosi reumatica presenta molti sintomi a comune con lo scorbuto, ma è altrettanto vero che esista un criterio terapeutico differenziale fra l'una e l'altra malattia, e che, se la somministrazione continuata di preparati salicilici apporti, come è avvenuto in tutti i casi avuti sotto la mia osservazione per parecchi giorni, qualche beneficio, si debba più logicamente propendere per la prima malattia anzichè per la seconda.

Dopo la somministrazione di salicilato di sodio in soluzione alla dose di 4 grammi per giorno, associata alla applicazione di unguento di salicilato di metile, nei casi in cui erano concomitanti flogosi articolari, ho potuto constatare un miglioramento assai considerevole di tutti i sintomi, ed ho avuta l'intima soddisfazione di osservare, dopo periodo relativamente breve di cura, reintegrati i movimenti e la deambulazione in ammalati che, all'ingresso nell'ospedale, in preda ad atroci spasimi, erano completamente immobilizzati.

Resta ancora una lacuna per quanto riguarda la patogenesi e la epidemiologia: con logico ed opportuno provvedimento, le superiori autorità sanitarie hanno disposto che tutti gli ammalati i quali presentano il quadro clinico descritto, siano ricoverati in un unico ospedale; dimodochè aumentando la casistica e praticando tutte le opportune ricerche ematologiche, altri possa portare un contributo assai maggiore del mio in questo campo ancor giovane della patologia, col duplice miraggio: patriottico e scientifico.

Zona di Guerra, agosto 1916.

Dermatite da causa irritante esterna (sostanze vegetali) a tipo di eritema papulo-pustoloso-lichenoide.

Nota clinica del Prof. M. CARRUCCIO.

Nel reparto Dermopatici dell'Ospedale di riserva Umberto I di Roma, nell'autunno 1915 e nel successivo inverno 1915-1916, ho avuto opportunità di osservare numerosi casi di una dermatosi acuta presentatasi in modo quasi identico su oltre cento soldati.

Molti di questi provenivano da paesi vicini a Roma, dove avevano trascorso la licenza in famiglia. Invece di tornarsene ai loro corpi in zona di guerra, si presentavano malati al posto di soccorso della Stazione ferroviaria o direttamente all'Ospedale militare principale, da dove venivano inviati al reparto Dermopatici. Altri provenivano dai depositi dei corpi con diagnosi di svariate dermatosi e qualche volta di dermatite provocata; non di rado con diagnosi di malattia esantematica, come morbillo, ecc.

Questa dermatosi non era accompagnata nè da sintomi di reazione generale, nè da disturbi viscerali. Per confessione stessa di qualcuno dei soldati che ne erano affetti, riuscii a sapere che

tale malattia era provocata con l'applicazione sulla cute di sostanze vegetali. Queste erano precisamente la radice pestata della *Daphne Cnidium* od il succo della foglia di *Cactus*, tanto comune nei nostri giardini. Queste sostanze venivano applicate da mano esperta con leggera frizione per tutto il corpo e raramente in parti circoscritte (ad esempio, sugli arti od al tronco), non producendo nè alterazione delle condizioni generali, nè forti sofferenze locali, a differenza di quanto accade usando per lo stesso scopo o gli acidi minerali o l'olio di croton o l'olio etereo di trementina.

L'eruzione cutanea si inizia sotto forma di un eritema per lo più intenso, ma ben circoscritto alla parte su cui fu applicata la sostanza irritante. Questo stadio eritematoso raggiunge il suo completo sviluppo circa ventiquattro ore dopo l'applicazione suddetta. Segue rapidamente la fase papulosa sotto forma di rilievi più o meno accentuati degli sbocchi degli organi follicolari cutanei, con marcata infiltrazione perifollicolare ed indurimento dei follicoli stessi.

Se la fase eritemato-papulosa persiste e si accentua tanto da assumere l'aspetto di un eritema acuto tossico o di un *lichen tropicalis*, allora nella quasi totalità dei casi si osserva la formazione di numerosissime piccole vescicole superficiali ma a contenuto nettamente purulento e più o meno abbondante. Tali piccole vescico-pustole sono acuminate e corrispondono alla parte centrale dei follicoli glandolari.

In qualche caso queste pustole tendono a confluire ed a formare una superficiale piccola flittena purulenta. Questa fase pustolosa della dermatite, più facile ad aversi sulle superfici fornite di peli, è dovuta, secondo le ricerche batteriologiche fatte dal dott. Zanelli nell'Istituto d'igiene diretto dall'on. prof. Sanarelli, all'azione virulenta dello stafilococco piogene aureo.

La durata della malattia, naturalmente, è diversa a seconda dell'intensità dell'eruzione, della fase di sviluppo che essa raggiunge e del grado di resistenza della cute all'azione della sostanza irritante; grado di resistenza che non è difficile rilevare essere in diretto rapporto con le condizioni di nutrizione generale.

Gli individui affetti dalla dermatosi suddescritta da me osservati, furono tutti medicati con ripetute applicazioni di olio fenolcanforato, preparato secondo la formola seguente: Fenolo puro gr. 1; canfora gr. 5; olio di vaselina gr. 100. Con questa cura, in un periodo di tempo variabile dai tre agli otto giorni, si otteneva la cessazione dei fenomeni irritativi flogistici e quindi la scomparsa dell'arrossamento iperemico della cute. Nella fase vescico-pustolosa l'essudato purulento si essiccava in breve tempo formando crosticine giallo-brunastre. L'infiltrazione dei follicoli si attenuava soltanto più o meno presto, giacchè nella maggioranza dei casi, anche cessato l'arrossamento della cute, essi si mostravano alquanto rilevati, con colorazione brunastra limitata al loro sbocco.

In un caso di questa dermatite, provocato per esperimento da uno studente di medicina, addetto al reparto, con l'applicazione del succo di Cactus sulla superficie estensoria dell'avambraccio, limitandone però molto l'azione, constatai che per circa sette giorni durò la persistenza del rilievo degli organi follicolari cutanei, e che la colorazione brunastra di essi si protrasse per venti giorni con discreta desquamazione forforacea.

Ho creduto non esser privo d'interesse il richiamare l'attenzione dei medici su questa dermatite provocata, così tipica e così ben definita; tanto più che di essa non ho trovato cenno nella diligente monografia pubblicata dal maggiore medico dott. R. Rivalta, che ha per titolo: « Patomimia e dermatosi simulate ». È anzi al pregevole lavoro del dott. Rivalta che indirizzo il lettore desideroso di conoscere il completo dottrinale e l'estesa bibliografia sull'argomento.

Alcune note sulle dermatosi provocate fra le truppe mobilitate.

Dott. P. SABELLA, lib. doc.

Sarebbe interessante lo studio delle dermatosi artificialmente provocate fra le truppe mobilitate dal punto di vista della provenienza dei militari delle varie regioni d'Italia. Ne risulterebbe evidente il fenomeno della diffusione di queste lesioni da una contrada all'altra del paese, in rapporto al flusso e riflusso delle truppe combattenti dalla zona territoriale alla zona di guerra e viceversa, determinato dal richiamo delle classi o dal rimpatrio dei feriti, dei malati e dei militari in licenza. Così si va propagando la notizia della possibilità di procurarsi una data lesione cutanea; così i casi di essa lesione si vanno diffondendo da una zona all'altra, come se fossero prodotti da una causa morbigena contagiante.

Certamente è grave il fenomeno di questo speciale *contagio morale* fra i soldati. Ma ad onor del vero, e ad onor del nostro valoroso esercito e del nostro Paese, numerose regioni d'Italia si son dimostrate refrattarie alla diffusione di simili malattie, le quali in fondo si sono verificate in casi relativamente rari, e sempre in individui pregiudicati, che contrastano nettamente dalla grande sana invulnerabile massa dei nostri eroici soldati.

Sarebbe interessante lo studio di queste dermatosi, se fatto su larga scala, e corredato da una casistica completa e comparativa da un periodo all'altro della guerra, e fra una regione e l'altra della Zona di guerra e del Paese.

Noi, per ora almeno, non siamo in grado di potere compilare con la dovuta diligenza simili ricerche. Possiamo soltanto dalla nostra esperienza fatta per lunghi mesi nel servizio di Consulenza anticeltica d'Armata in Zona di guerra trarre poche note cliniche, ed abbozzare la descrizione di qualche quadro morfologico più frequentemente osservato e meglio definito fra i dermopatici da noi avuti in cura.

* * *

Diremo potersi trattare di lesioni provocate in quei casi di dermopatie morfologicamente e clinicamente non definibili secondo i comuni concetti della dermatologia. Le indagini sull'etiologia della forma morbosa in esame, gli indizî anamnestici, il decorso clinico, la diagnosi differenziale con le dermatosi affini, la scoperta della sostanza adoperata per prodursi il male — confermeranno ed accerteranno il concetto diagnostico.

Volendo classificare i casi di dermatosi provocata da noi osservati, ne distingueremo due categorie principali, a seconda della natura delle sostanze adoperate per provocarle.

Raggrupperemo anzitutto tutti quei casi di dermatiti provocate mediante l'applicazione di polveri vegetali tratte da radici o corteccie triturate (*Daphne Gnidium*, *Daphne mezereum*, per es.) o col lattice o coll'olio dei semi di alcune Ranuncolacee (*Ranunculus acris*) od Euforbiacee (*Euphorbia dendroide*, volgarmente detta *cammarone* in Sicilia, *Euphorbia splendens*, *Croton tiglium*, ecc.).

Questa dermatite ha un decorso tipico e presenta un quadro morfologico molto caratteristico. All'insorgenza brusca della forma morbosa e all'entità dei sintomi locali, talvolta veramente imponenti, contrasta l'assenza assoluta di fenomeni di reazione generale da parte dell'organismo. Non si ha mai elevazione febbrile della temperatura; tutte le funzioni permangono integre.

In genere, dopo meno di 24 ore dall'applicazione della sostanza irritante, compare eritema diffuso, non bene nettamente circoscritto, accompagnato da tumefazione più o meno spiccata della cute.

Questa edemizzazione della cute spesso è molto accentuata; per esempio il turgore delle palpebre può essere così intenso da serrare completamente gli occhi.

La violenza dei sintomi di questo primo periodo della malattia può trarre in inganno gli inesperti, perchè spesso mentisce abbastanza bene la risipola. Ma se si assiste fin dall'inizio al decorso della dermatosi, risulta come manchi completamente la febbre; non v'ha risentimento speciale dei nodi linfatici; l'infermo si presenta in stato di pieno benessere.

A questa prima fase succede rapidamente la vescicolazione della cute eritematosa, sulla quale appaiono numerose piccole vescicolette miliariformi, senza rapporto speciale con i peli nè con gli organi glandolari della pelle, come dovute a semplice distacco epidermoidale, a parete sottile e contenuto purisimile. Alla periferia della chiazza eritematosa, spesso buon tratto della cute circostante è cosparsa di consimili vescichette, molto meno numerose.

Le vescicole sono sempre molto ravvicinate, sì che possono confluire e dar luogo alla formazione di vesciche più ampie.

A differenza dell'eresipela, non si osserva mai la presenza di flittene a contenuto sieroso o siero-emorragico. La cute malata, alla palpazione, non è mai così vivamente dolente.

Se lasciata a sè l'eruzione, o se la si protegge in modo da evitare l'infezione e l'eczemizzazione della cute malata, essa volge spontaneamente a rapida guarigione. Le vesciche si afflosciano e si rapprendono sotto forma di crosticine sottili, il turgore della cute scompare, l'epidermide desquama sollecitamente.

Nei numerosi casi da me avuti in cura, ho affrettato il processo di involuzione della dermatosi mediante il seguente trattamento molto semplice.

Nei primi due o tre giorni mi limitavo a fare semplici impacchi umidi all'acido borico in soluzione acquosa al 3 %; dopo così breve periodo i fenomeni umidi erano completamente disparsi, e bastava qualche applicazione di pomata all'ossido di zinco per agevolare la desquamazione della cute, che avveniva sotto forma di lamelle sottili più o meno ampie. Dopo di che, per qualche giorno, persisteva ancora lieve arrossimento cutaneo.

In genere il decorso dell'affezione si compie così in 4-5 giorni. Ho visto però durare molto più a lungo dei casi inviati al mio ospedale, dopo che erano stati trattati nei primi giorni con grassi o mezzi terapeutici impropri, che avevano determinato l'eczemizzazione della eruzione.

Nel più dei casi la dermatite viene provocata sulla faccia, forse allo scopo di simulare meglio l'eresipela. E sulla faccia essa assume un aspetto più impressionante per la maschera che vi determina.

L'ho osservata però anche in altre parti del corpo: sugli arti, sul tronco, sul pube, negli organi genitali, sui padiglioni e nei condotti auricolari.

Queste stesse polveri od altre ad azione irritante consimile (per es. polveri di tabacco), se applicate sullo scroto e nelle pieghe inguino-scrotali, vi determinano delle dermatiti che molto facilmente si infettano ed assumono i caratteri morfologici ed il decorso di un eczema intertriginoso od impetiginoide. In queste forme piogeniche il processo di guarigione è più lento, e la terapia non sempre è così semplice e sicura. Altre volte si infiltrano i follicoli piliferi, per es nelle regioni pelose della faccia e si hanno delle eruzioni sicosiformi.

***

In un secondo gruppo di dermatosi provocate comprendiamo tutte le lesioni dovute a sostanze caustiche, ad azione più o meno intensa e profonda, determinanti delle vere e proprie causticazioni di grado differente, dalle più superficiali a tipo eritematoso, alle più gravi a tipo escarotico necrotizzante.

In alcuni casi queste lesioni cutanee da so-sostanze caustiche sono diffuse a larghe chiazze su vaste regioni della superfice del corpo, quando cioè son dovute all'applicazione di sostanze caustiche liquide od in soluzione, come qualche volta abbiamo osservato in seguito all'applicazione di fenolo puro liquido o di alcali caustici. Talvolta si è trattato di vere scottature di 1° o di 2° grado prodotte coll'acqua bollente o con la calce spenta.

In un'altra serie di casi le lesioni si manifestano sotto forma di chiazze ben circoscritte, fondamentalmente costituite da scottature di secondo e di terzo grado, e caratterizzate da distacchi epidermoidali sotto forma di bolle e flittene, o da chiazze di necrosi cutanea più o meno profonda, a volte disposte a stampo e rotondeggianti, a volte configurate a chiazze ampie e più irregolari. Sono localizzate per lo più negli arti inferiori, sia perchè in queste sedi più facilmente si possono provocare, sia perchè così si riesce a rendere indicato un periodo di riposo.

Le bolle e flittene, a contenuto siero-fibrinoso o siero-emorragico, si rapprendono sotto forma di croste aderenti: il derma sottostante suole epitelizzare sotto crosta, o cicatrizza per granulazione in secondo tempo in seguito alla caduta della crosta.

Più spesse e più aderenti al derma od al sottocutaneo sono le escare delle causticazioni di terzo grado: si eliminano molto più lentamente e guariscono per granulazione e cicatrizzazione.

In tutte queste lesioni cutanee circoscritte, da sostanze revulsivanti o vescicatorie, sono evidenti ed indubbie le note morfologiche delle causticazioni e delle scottature. Anche l'azione del fuoco è utilizzata, sotto forma di ferro rovente per esempio. Più spesso son dovute alla applicazione di cerotti, paste e forti soluzioni di sostanze caustiche (acido arsenioso, olio essenziale di trementina, cantaride, euforbio, ecc.).

In tutte queste lesioni cutanee provocate l'infermo dice di non sapere a che cosa attribuire la causa del male; talvolta tenta di trarre in inganno e mentendo i sintomi tenta di far credere trattarsi di eresipela nella dermatite eritemato-vescicolosa da noi descritta, o di manifestazioni sifilitiche nelle lesioni bollose ed escarotiche da sostanze caustiche.

Questo contegno reticente dell'infermo e la discordanza stridente fra le sue asserzioni e lo stato obbiettivo convalidano la diagnosi di lesione provocata.

Non sempre, anzi di rado si riesce a scoprire il corpo del reato. Più spesso sono le confessioni dei compagni, o le nostre considerazioni per analogia, e la nostra esperienza, che ci fanno accertare la natura della sostanza adoperata.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Della responsabilità professionale dei medici militari.

Le Petit Bleu narra una storia atroce. Otto soldati francesi furono nel settembre 1914 processati per mutilazione volontaria in seguito a denunzia del medico reggimentale.

Due di essi furono fucilati. Gli altri furono messi in osservazione all'ospedale, e potettero essere assolti dopo che si dimostrò che le pallottole estratte dalle loro ferite erano niente altro che proiettili nemici. Ma quel che più importa fu che in base a numerose testimonianze si potette in seguito accertare che i due fucilati erano stati feriti nelle medesime condizioni durante un combattimento. Dopo di che la Corte di Cassazione cassò senza rinvio la sentenza di condanna a morte. Ma purtroppo essa era stata già eseguita.

Dello scandalo mostruoso oltre che la stampa si è occupato il Parlamento. Un deputato ha interrogato il ministro della guerra per sapere quali provvedimenti saranno presi a favore della memoria dei due soldati che sono stati fucilati ed a favore delle loro famiglie, che una giustizia affrettata ed implacabile ha crudelmente colpite nei loro affetti e nel loro onore, e quali provvedimenti saranno presi a carico del medico la cui denunzia insussistente ha avute sì gravi conseguenze.

L'errore fatale di cui si occupa la cronaca non è stato forse nè il primo, nè sarà l'ultimo. Molti sono e rimarranno sconosciuti. Oggi s'infierisce contro il medico il cui giudizio affrettato, poco scrupoloso ha costata la vita a due innocenti, a due soldati che avevano compiuto il loro dovere versando il proprio sangue, ma non bisogna misconoscere che molti delitti del genere sono stati risparmiati per opera del medico. Là dove pare che predomini la tendenza al sospetto, al dubbio, la tendenza colpire prontamente e severamente ogni tentativo di frode nel fine supremo, che giustifica ogni mezzo, di mantenere salda la disciplina e la compagine dell'esercito, è là che il medico porta la sua parola serena, scevra di ogni eccesso di pietà o di rigore, il suo giudizio accorto, basato sulla osservazione attenta e scrupolosa.

La storia dei due poveri fucilati innocenti per colpa di un medico ci fa ricordare le migliaia di soldati salvati dalla infamia e dalla morte, per opera di un altro medico, di un gran medico militare, il Larrey. Il celebre organizzatore del servizio sanitario delle armate napoleoniche narra nelle sue memorie un episodio di particolare interesse. Dopo la battaglia di Lützen Napoleone fu colpito dal fatto che molti suoi soldati, circa ventimila, erano feriti agli arti superiori e la maggior parte alle dita. Fu ordinata un'inchiesta, in base alla quale si concluse che tutti questi feriti erano degli auto-mutilati ed in conseguenza fu disposta la decimazione. Ma Larrey rifiutava di credere ai risultati dell'inchiesta. Esaminò uno per uno i feriti ed in base ad un'attenta e minuziosa osservazione si potette convincere che i caratteri delle ferite erano tali da fare escludere che esse fossero state prodotte dallo stesso paziente. Egli però disperava di convincere l'imperatore, inflessibile nelle sue risoluzioni, e la cui irritazione era d'altra parte fomentata dai generali del suo *entourage*. Tuttavia Larrey osò affrontarlo e malgrado ogni prevenzione riuscì a convincerlo della insusstenza dell'accusa fatta ai suoi soldati.

Napoleone di fronte all'accento di sincerità e di convinzione del grande chirurgo non tardò a modificare i suoi convincimenti, revocò l'ordine già dato della decimazione e si affrettò a dare a Larrey una testimonianza della sua riconoscenza per avergli dimostrata la innocenza dei suoi prodi e per avergli data la fiducia che egli poteva ancora e sempre contare su di essi.

È con legittimo orgoglio e con un sentimento di fierezza professionale che ricordiamo l'opera di questo medico, la cui opera sapiente, coscienziosa, coraggiosa, valse a salvare migliaia di uomini dall'infamia e dalla morte. Ma con maggiore simpatia ricordiamo la circolare che lo stesso Larrey inviava ai suoi dipendenti in occasione dell'accennato episodio, circolare nella quale egli traccia magistralmente il mandato del medico militare in simili circostanze ed invoca la nobiltà e l'indipendenza della missione ad essi commessa. « Il medico, egli scrisse, deve essere l'amico dell'umanità. In questa qualità egli deve sempre parlare ed agire in suo favore... voi dovete sempre assistere e curare il colpevole come l'innocente, voi non dovete vedere che l'organismo malato. Il resto non vi riguarda. Inspirate queste idee ai vostri collaboratori e facciamo in modo di non doverci rimproverare mai la morte di un solo uomo innocente. Ciò può capitare senza meno, se, come ritengono alcuni medici e chirurgi, pretendiamo di pronunciarci sulla origine delle lesione dalla differenza del modo di agire delle potenze che mettono in movimento i corpi traumatizzanti. Queste opinioni dipendono quasi sempre dalla ignoranza ».

Queste parole del primo grande medico militare, che della medicina militare ebbe la più lunga esperienza, meritano ancora di essere meditate. I progressi fatti dalla medicina legale dall'epoca napoleonica ad oggi ci permettono di essere più recisi in quistioni di simulazioni e di auto-lesioni, ma parallelamente con la dffusione della cultura sono aumentati e si sono perfezionati i mezzi ed i sistemi che possono trarre in inganno. In conclusione di fronte ai problemi medico-legali noi dobbiamo usare sempre la medesima prudenza, la medesima circospezione che ci era prima imposta dalla mancanza di adatti mezzi d'investigazione.

Svelare le simulazioni, accertare se una lesione sia o no provocata è uno dei problemi più difficili e pure, malgrado le gravi conseguenze che tali problemi importano, spesso se ne chiede ai medici la soluzione sollecita e recisa.

È a tutti noto come siano facili gli errori di diagnosi nella ordinaria medicina curativa. Essi sono inevitabili: sono possibili tanto ai più sperimentati ed illuminati clinici, quanto ai medici più modesti. Più che l'espressione di mancanza di criterio, di cultura o di difetti di osservazione sono insiti al carattere stesso della patologia umana. Come non saranno adunque possibili errori quanto agli altri fattori perturbatori del giudizio si aggiungono il sospetto della frode, della mancanza di sincerità da parte del paziente? Per quanto valore si voglia dare all'esame fisico non si può disconoscere che una grande importanza ai fini diagnostici hanno i dati anamnestici ed i sintomi subbiettivi. Quando questi non si possono prendere in considerazione o non se ne può tenere che un conto relativo, manca uno dei più validi sussidi per l'esatta diagnosi. È una sorgente di luce che manca o che illumina con luce falsa ed incerta il campo d'osservazione.

Orbene l'intelligenza dei medici in questa guerra è stata messa a dura prova a tale riguardo.

La guerra imposta dalle caste militariste austro-tedesche sorpassa per la sua grandiosità tragica tutto ciò che la fantasia può immaginare. Uomini di ogni condizione, di ogni età sono stati chiamati alle armi. E non può quindi meravigliare se in tutti i paesi una certa percentuale abbia cercato di sottrarsi all'obbligo fatto a tutti i cittadini di prendere le armi in difesa del proprio paese. Lasciando da parte tutti i sotterfugi, gli intrighi, gli espedienti che alimentano l'inglorioso fenomeno dell'imboscamento, è certo che la guerra ha creata una sorprendente patologia artificiale: dagli espedienti più semplici e banali quale è il deperimento prodotto con la insufficienza di alimentazione, gli avvelenamenti da tabacco, da caffeina e simili, si è giunti fino a provocare sintomi complessi e pericolosi quale l'ittero da acido picrico, la glicosuria da floridzina, gli ascessi da trementina, le causticazioni corneali, ecc. Questi tentativi abbastanza diffusi hanno indotto nei medici una reazione, un particolare stato d'animo che talvolta determina errori grossolani con conseguenze funeste. Un giornale italiano di medicina ha riferito il caso di un individuo affetto da broncoalveolite ed al quale era stato provocato il pneumotorace artificiale. Questo espediente terapeutico fu giudicato dai medici militari praticato unicamente per indurre in inganno allo scopo di sottrarsi al servizio militare. Il soggetto fu dichiarato abile con l'unico risultato che le condizioni di salute del paziente andarono rapidamente precipitando.

L'On. Colaianni ha pocanzi levata una fiera rampogna contro i sistemi di alcuni medici. Da una sua lettera diramata ai giornali politici stralcio il seguente brano: « Dovrei scrivere a lungo sulla ignoranza o sulla crudeltà di alcuni medici: sui giudizî vergognosamente contraddittorî tra qualche maggiore o capitano o colonnello che ne sa molto, molto meno dei giovani sottotenenti medici ma che li mette sull' « attenti », e manda quelli che dovrebbero essere inviati a casa, o all'ospedale, al fronte per vederseli rimandati peggiorati o per non sentirne più parlare, perchè sepolti nei cimiteri improvvisati vicino alle trincee.

Tipico il caso di un povero contadino mandato in licenza di convalescenza per grave bronchite, contratta in Libia, e che lo hanno mandato subito, subito tra le nevi del Trentino.

Nè riferisco certe risposte per qualche tubercoloso, che sarebbero addirittura scellerate e sulle quali taccio, sempre per carità di patria ».

Purtroppo l'On. Colaianni ha in sostanza ragione, e la eccessività della forma da lui adoperata nulla toglie alla verità dei fatti denunziati. Egli però ha torto di inveire contro uomini per fatti che dipendono unicamente dalla natura delle cose. E tutta la natura par che oggi congiuri contro l'umanità. L'egregio deputato siciliano, che pure è stato uno studioso di medicina, sa quanto sia difficile avere l'unanimità di giudizio dei medici sul medesimo caso di malattia, e questa sola considerazione dovrebbe essere sufficiente a dimostrare quanto sia ingiusto inveire contro chi sbaglia in fatto di diagnosi. Con ciò, intendiamoci, non

si vuole senz'altro assolvere chi sbaglia per negligenza, e neppure quei dirigenti del servizio sanitario che continuano ad affidare incarichi delicati a gente di cui è nota la incapacità e la ignoranza.

Vogliamo solo affermare che non sempre l'errore è una colpa. E quando pensiamo che in questa guerra tutto concorre ad alimentare, e talora giustificare i tentativi d'inganno, non dobbiamo meravigliarci se il desiderio ed il dovere di mantenere integra la saldezza dell'esercito può condurre in qualche caso a giudizi che sembrano eccessivamente severi.

Ci sono situazioni, prospettive, che non valgono a rafforzare gli entusiasmi; solo le coscienze ben salde resistono. Le trincee, nel cui fango germogliano ora i più veri eroi che l'umanità abbia mai avuto, sono a lungo andare cattive consigliere. I disagi, il ricordo nostalgico del proprio focolare, dei propri cari turbano talvolta le mentalità più solide. Le simulazioni il più delle volte sono prodotte dallo scoraggiamento, e questo è un sentimento umano che non ha nulla di patologico o di criminale. E se il medico non si lascia sopraffare dalla pietà gli è perchè non vuol farsi complice del nemico.

Ma a parte ciò, la guerra attuale accanto alle vecchie e note entità morbose ha messo in evidenza nuove e finora ignote sindromi cliniche. Le epidemie di itteri e di nefriti da trincea, i multiformi disturbi a carico del cuore, le sindromi nervose da scoppio di granata, tanto interessanti dal punto di vista della patogenesi e della clinica, i disturbi nervosi di origine riflessa sono affezioni che per le loro particolarità, per la loro diffusione insolita, per la loro novità avrebbero potuto giustificare, come è accaduto effettivamente in qualche caso, il sospetto di provocazione artificiale o di simulazione.

Le cause di errore sono dunque numerose e complesse. Alle difficoltà diagnostiche che si incontrano nella pratica civile si aggiungono nella medicina militare fiscale quelle provenienti eventualmente dalla volontà del soggetto esaminato e dallo speciale atteggiamento psicologico del medico esaminatore. L'una e l'altro turbano le ricerche e deviano dal retto giudizio. Occorre quindi per ben giudicare un più attento, un più minuto esame, ma anche non farsi vincere dalla diffidenza, dal sospetto, dall'amor proprio che mette quasi in uno stato di lotta il medico col suo paziente.

In Francia si reclama la punizione dell'ufficiale medico involontariamente colpevole della fucilazione di due soldati innocenti. È ragionevole sperare che non si infierisca contro di lui. Le difficoltà, le cause di errore di cui abbiamo fatto cenno più che attenuanti debbono essere per lui scusanti sufficienti. No, non è con la prospettiva di un eventuale castigo materiale che si può ottenere che i medici compiano scientemente, coscientemente il proprio dovere. Essi devono trovare solo nella loro coscienza il giudice e la pena dei loro errori. E la coscienza è sempre un giudice severo che commina castighi che non sono scritti in nessun codice penale.

PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

Consiglio Federale degli Ordini dei Medici.

Si è riunito a Bologna, nei giorni 13 e 14 corrente maggio, il Consiglio Federale degli Ordini.

Erano presenti il prof. Luigi Silvagni, presidente, ed i consiglieri Ballerini dott. Enrico, Braccini dott. Braccio, Cappelletti prof. Luigi, Contuzzi dott. Gennaro, Mandragora dott. Domenico, Ruzzini dott. Leopardo, Secchieri dott. Arturo. Giustificarono la loro assenza i consiglieri Boccasso, Dal Prato, Forlanini, Grandoni.

Avuta comunicazione dell'ampio lavoro svolto dal presidente, specialmente in favore dei medici italiani, prigionieri dell'Austria, lo ha approvato con plauso.

Relativamente al distacco dell'Ordine di Genova dalla Federazione, il Consiglio ha votato il seguente ordine del giorno:

«Il Consiglio Federale, presa ampia visione dei documenti riferentisi alla vertenza insorta tra il Consiglio dell'Ordine di Genova e la Presidenza Federale,

«vista la deliberazione 28 gennaio 1917 con la quale l'Ordine di Genova deliberava il proprio distacco dalla Federazione,

«dichiara la propria solidarietà con tutta l'opera esplicata dal presidente federale in detta vertenza,

«dichiara di ritenere arbitraria ed ingiustificata la deliberazione di distacco presa dall'Ordine di Genova, in quanto che non è ammissibile che un Ordine si distolga dalla Federazione per una controversia insorta col Presidente di questa o con qualsiasi altro suo rappresentante.

«Invita pertanto l'Ordine di Genova a ritornare a far parte della Federazione, salvo sempre il suo diritto di portare la discussione e definizione al Congresso Federale».

Relativamente al caso dell'on. dott. Brunelli, il quale aveva indirizzato una lunga lettera al Presidente della Federazione, dopo serena discussione, alla quale presero parte tutti i presenti, fu votato l'ordine del giorno seguente:

«Il Consiglio Federale, innanzi ai voti dichiarati da vari Ordini contro l'on. Brunelli e le chieste dimissioni di lui da rappresentante degli Ordini nel Consiglio Superiore di Sanità,

« preso atto della lettera dell'on. Brunelli, diretta al Presidente della Federazione, e del suo legittimo desiderio che sia posto in evidenza se la maggioranza degli Ordini intendano discutere la sua opera politica e se in maggioranza la credano incompatibile con la rappresentanza che gli fu delegata;

« ritenuto che l'apolicità degli Ordini contro il normale contendersi dei partiti nel reggimento dello Stato non possa e non debba comprendere l'astensione degli Ordini nel contribuire con tutte le forze alla resistenza della Nazione nella guerra resa necessaria da altissime idealità di libertà e di civiltà nel mondo, e dal compimento della unità italiana;

« ritenuto insanabile il proprio dissenso di pensiero da quello manifestato dall'opera politica dell'on. Brunelli;

« invita gli Ordini Federati ad esprimere sollecitamente ed apertamente il loro voto, se questo dissenso di pensiero consenta o no di mantenere la fiducia nell'on. Brunelli, rappresentante degli Ordini dei Medici nel Consiglio Superiore di Sanità ».

Per l'argomento proposto al Consiglio dall'Ordine di Roma, e relativo alle promozioni ed alle assegnazioni dei gradi ai medici dell'esercito e della Croce Rossa, fu votata la deliberazione seguente:

« Il Consiglio Federale, constatando come siano frequenti e deplorevoli i ritardi nell'applicazione delle circolari riguardanti le assegnazioni dei gradi agli ufficiali medici dell'Esercito e della Croce Rossa, specialmente dei subalterni;

« rilevate le restrizioni stabilite dalla circolare n. 734 del 1° dicembre 1916, determinanti, per alcuni medici, un trattamento disuguale a quello applicato ad altri colleghi dalla precedente n. 445 del *Giornale Militare;*

« fa voti perchè la Commissione, prevista dal comma *f)* della detta circolare 734, dia una benevola interpretazione alle disposizioni delle circolari ministeriali ».

Per le altre molte questioni poste all'ordine del giorno, il Consiglio prese risoluzioni conformi agli interessi ed alla dignità della classe medica.

Ordine dei Medici di Venezia. — Il seguente Ordine del Giorno è stato votato a unaniimtà nella assemblea generale straordinaria dell'8 maggio corrente:

« L'Ordine dei Medici di Venezia:

« premesso *che il sentimento di Patria è superiore a ogni ideologia politica,*

« affermato *che il sentimento di Patria reclama ineluttabilmente l'adesione alla guerra che l'Italia ha subito, per la libertà dei suoi Figli oppressi dal nemico, per la difesa della Civiltà aggredita dalla barbarie tedesca,*

« deplora che l'on dott. Brunelli, *rappresentante degli Ordini Medici Italiani nel Consiglio Superiore di Sanità, pertinacemente si mantenga separato dal sentimento e dall'azione, che sacri doveri impongono per l'Italia in armi e che i Medici di ogni regione d'Italia consacrarono con generosa fede e col sangue;*

« e afferma, nella solennità dell'ora presente il proprio assoluto distacco dal Rappresentante nel Consiglio superiore degli Ordini Medici d'Italia ».

NOTIZIE DIVERSE

Sui campi dell'onore.

Hanno immolato la vita per la Patria i dottori:
Barbans Carlo, tenente medico;
De Giovanni Eugenio, tenente medico;
Leoni Leone, capitano medico;
Scioli Gennaro, tenente medico;
lo studente in medicina
Abate Nino, già decorato al valore.

Il Presidente della Croce Rossa Inglese in Italia.

È stato in Italia l'on. Arturo Stanley, membro del Parlamento Inglese, presidente del Comitato Centrale della Croce Rossa Inglese.

Al nostro fronte l'illustre ospite ha ispezionato le sezioni della Croce Rossa Britannica ed ha visitato, per invito delle autorità italiane, la nostra organizzazione sanitaria.

Mobilitazione delle medichesse in Russia.

Il Governo Russo ha ordinato la mobilitazione di tutte le donne laurate in medicina sotto i 45 anni, eccettuate quelle che hanno figli minori di 3 anni.

Com'è noto, le medichesse sono molto numerose in Russia.

GAETANO RUMMO

Nell'acuto dolore dell'improvvisa scomparsa di questo clinico valoroso, su questo periodico che, se deve segnare i fasti e i nefasti dell'arte nostra, ha soprattutto il compito di rispondere alle esigenze della pratica medica e nell'ora che volge è assillato dalle difficoltà di far fronte alla rinnovata arte medica della guerra, non è dato trattare degnamente della multiforme attività, del largo pensiero, della bontà d'animo di Gaetano Rummo.

Dal popolo, onde sortì, ritrasse la operosità; dal carattere meridionale ebbe l'entusiasmo e l'espansività; dai grandi maestri della scuola napoletana (il Tommasi, il Cantani, il Cardarelli, il De Renzi) derivò la passione degli studi medici e trasse il giusto concetto della clinica. Giovanissimo, meravigliò e sorprese i suoi stessi giudici nei concorsi per la ricchezza della coltura mista alla pratica severa dell'analista. Si distinse e presto s'impose.

Fatte le prime armi nelle cliniche di Napoli, si perfezionò a Parigi sotto la direzione di Charcot, Sée, Potain, nello studio del malato e sotto la direzione di Vulpian e Cornil s'occupò di ricerche scientifiche.

In brevi anni la sua produzione divenne non solo abbondante nel campo clinico e nel farmacologico, ma condotta con indirizzo scientifico.

Vinse giovanissimo per concorso la cattedra di patologia medica a Siena dove raccolse una assai dimostrativa iconografia dell'isterismo.

Fu obbligato ad un nuovo concorso per ottenere la stessa cattedra a Pisa dove, mentre s'occupava di malati, ritornò con passione agli studi farmacologici.



Dopo una breve sosta alla cattedra di patologia di Napoli e dopo ancora un altro concorso raggiunse, nel 1895, la cattedra di clinica medica a Palermo. Fu il decennio della sua più prospera vita universitaria: rinnovò l'istituto e promosse istituzioni che devono fiorire intorno all'ambiente universitario perchè acquisti la sua influenza sulla vita scientifica della nazione.

La nostalgia della sua Napoli che l'aveva sempre perseguitato nel suo diuturno peregrinare e la passione per la politica, condussero Gaetano Rummo alla clinica di Napoli, bene amato fra i suoi maestri, stimato fra i colleghi, ammirato dagli studenti.

La clinica che per lui si creò, rifulse in breve per dovizia di impianti scientifici, per larghezza di mezzi didattici, per affluenza di studiosi e di medici pratici. Egli era un maestro che guidava, affascinava i giovani.

Ottenne onori ed uffici importanti, quali il grado di socio ordinario della R. Accademia medico-chirurgica di Napoli, di vice presidente della Società italiana di medicina interna, di membro del Consiglio superiore della pubblica istruzione e della Giunta. Fu deputato al Parlamento; la politica l'appassionò, ma non lo conquise.

Qui dobbiamo specialmente ricordare la sua opera di giornalista medico. È stata la figura più perfetta di giornalista tra i medici. L'idea d'un giornale medico *quotidiano* non mai — nè prima nè dopo tentata presso alcuna nazione — egli concepì arditamente, e felicemente attuò in Italia e con le sole sue forze materiali e morali, prolungando per un ventennio un esperimento degno di passare alla storia.

La *Riforma Medica* rispecchiò sempre — anche quando è divenuta ebdomadaria — la sagacia della critica, l'ardimento dell'innovazione e l'operosa accuratezza. È uno dei periodici italiani più noti e reputati nel mondo.

La produzione scientifica del Rummo è molto copiosa e varia, sempre pervasa da savio discernimento del reale, da senso clinico. Si esprime sia con lavori di laboratorio molto bene condotti, sia con gruppi di lezioni su singoli argomenti che vengono a costituire vere monografie, sia con illustrazione di casi clinici.

Non è possibile nemmeno elencare tutti i suoi lavori. Basti accennare a quelli in cui più culminano idee e direttive personali per mostrare la vastità dell'opera clinica di Gaetano Rummo: sui cardiocinetici, sulle leucemie, sulle febbricole, sulle pleuriti, sulla tossicità del siero di sangue, sulla patologia del sistema nervoso. Prettamente nuovi ed originali gli studi sul *geroderma genito-distrofico*, una delle sindromi che furono meglio rapportate ad alterazione delle glandole e secrezione interna, e quelli sulla *cardioptosi*, che meritamente ottenne il nome di morbo del Rummo.

Repentinamente, a 64 anni, è mancata questa poderosa energia alle cliniche italiane, questo meridionale esuberante di pensiero e di sentimento, che spandeva intorno a sè luce di scienza ed esperienza di medico, che dovunque raccoglieva le più calde simpatie.

Al rimpianto vivissimo per l'uomo e per il clinico si associa quello per il giornalista che ha dato il più luminoso esempio di abilità e di coscienziosità nell'arduo arringo della stampa medica.

Prof. VITTORIO ASCOLI.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp*.

Anno XXIV. *Roma, 3 giugno 1917* Fasc. 23

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Ospedale militare Principale di Roma
(Sezione S. Antonio).

Le autolesioni nella vita militare.

Prof. Attilio Ascarelli,
Maggiore medico di complemento,
Direttore capo reparto.

(*Continuazione e fine; vedi fasc. 22*).

PARTE SPECIALE.

Tratteggerò ora le forme più frequenti di autolesioni.

Flemmoni ed ascessi chimici (Casi osservati N. .....).

Questi, consistono per lo più in iniezioni ipodermiche o intradermiche di sostanze chimiche necrotizzanti. Talora il soggetto si pratica, o si fa praticare, una sola iniezione di uno o due centimetri cubici di liquido, talora invece le iniezioni sono molteplici.

Le sostanze più usate sono il *petrolio*, la *trementina*, la *benzina*, il *cloruro di calce in soluzione di benzina*, ecc. (1).

Le regioni prescelte per l'iniezione sono specialmente gli arti inferiori e più frequentemente il polpaccio, il collo del piede, le parti laterali del ginocchio. Non molto di rado si os-

(1) Cfr. per bibliografia: G. Lerda. *Contributo alla conoscenza delle suppurazioni da benzina.* Giorn. di Medic. militare, 1916, pag. 585. — C. Biondi. Riv. critica di clin. medica, 3 febb. 1917.

servano ascessi alle natiche. Sono invece eccezionali i flemmoni nelle altre regioni del corpo, ne ho osservato qualcuno al torace ed uno sin anco sul pene.

Per lo più, l'ammalato si presenta all'osservazione del sanitario poco dopo l'avvenuta iniezione, e adduce a spiegazione del suo male o una caduta con distorsione del ginocchio o del piede, o un urto contusivo della gamba, o una iniezione fatta a scopo terapeutico; talora, non sa dare spiegazione alcuna.

Il soggetto si presenta in buone condizioni generali e spesse volte non gli è affatto impedita la deambulazione. La temperatura è pochissimo elevata, di rado supera i 38°, e il polso è in completo rapporto con la temperatura. Dopo pochi giorni, anche se l'ascesso non viene inciso, la temperatura notevolmente si abbassa, mantenendosi su 37°.3, 37°.4 alla sera.

All'esame delle urine si riscontra quasi costantemente una lieve albuminuria senza cilindri, con scarse emazie ben conservate.

La regione lesa si presenta per due o tre giorni arrossata e lievemente edematosa e alla palpazione non si percepisce fluttuazione, ma un senso di pastosità e talora una sensazione di crepitio enfisematoso. Il dolore locale è relativamente scarso. Talora nella zona arrossata si scorgono uno e più punticini più intensamente rossi, lievemente sopraelevati, coperti per lo più da una crosticina, che indicano il tramite dell'ago della puntura da iniezione. Al termotatto la temperatura poco aumentata.

Non si osserva mai, nè in primo tempo, nè dopo, linfangioite o linfoadenite consensuale, a meno che non sopravvengano complicazioni settiche che non sono rare. Non si osservano mai traccie di ecchimosi o di soluzioni di continuo.

Nei giorni seguenti, il rossore della regione aumenta, tende al cianotico, la tensione dei tessuti si fa più manifesta e si accompagna ad un senso di succulenza della cute e del sottocutaneo; si percepisce non una fluttuazione ma un senso di speciale colliquazione.

Il turgore è completamente circoscritto, a limiti netti, e nettamente limitato dal colorito rosso-cianotico. La cute è tesa e lucente.

Con la puntura esplorativa si estraggono appena 2-3 goccioline di pus ematico.

Nei casi lievi, dopo 10-12 giorni la tumefazione regredisce e tutto ritorna allo stato normale; nei casi gravi invece, la cute si fa più tesa, più lucente e tende all'ulcerazione spontanea.

Il taglio, che nei casi anche di media intensità, è bene eseguirlo precocemente, ed ampiamente, dà esito a scarsissimo pus e a sangue ben conservato, liquido, in cui sono frammisti numerosi cenci necrotici dei tessuti sottocutanei, muscolare ed anche delle fascie, specie se l'iniezione raggiunse i tessuti profondi.

Dopo il taglio, se si osserva il focolaio, si nota che i tessuti si presentano dissecati, e la dissezione segue gli spazi intramuscolari, di modo che la regione frequentemente assume l'aspetto di una preparazione anatomica.

Talora, all'apertura del focolaio si percepisce un odore acre che ricorda quello della benzina, della trementina, del petrolio (più frequentemente), secondo la sostanza impiegata. Questo carattere non è però affatto costante. Il contenuto del focolaio necrotico, iniettato negli animali da esperimento, se è stato prelevato asetticamente, non produce mai nè sintomi generali nè sintomi locali di sepsi.

Il decorso è buono e rapido nella grande maggioranza dei casi, e varia in media dai 30 ai 60 giorni. Alcune volte, allorchè la sostanza impiegata fu abbondante, si producono invece dei vasti scollamenti che seguono gli interstizi muscolari. Anche in questi casi gravi, le complicazioni generali non sono frequenti e di rado si produce linfoadenite. Talora la guarigione può tardar moltissimo per le vastissime perdite di sostanza e tali malati giacciono all'ospedale per molti mesi, e alcune volte, come del resto nei comuni flemmoni sottoaponeurotici, permangono delle parziali inabilità.

Questi i caratteri principali di tali forme cliniche, caratteri che non differiscono molto sia che si tratti di ascessi da petrolio, da benzina o da trementina; solo si tenga conto che i fatti necrotici sono specialmente intensi negli ascessi da petrolio.

La cura da prescriversi è la solita degli ascessi; ci si deve attenere però a medicatura esclusivamente asettica, prescrivendo ogni sostanza disinfettante.

Nelle vaste perdite di sostanza si può ricorrere ad innesti cutanei per sollecitar la guarigione.

Ascessi da iniezione di sostanze fecali. (Casi N. ....).

Sono meno frequenti dei chimici suddescritti. Anche questi si osservano precipuamente alle gambe e nelle regioni accennate. Sono provocati mediante iniezione di piccola quantità di feci disciolte nell'acqua e talora anche nel petrolio o nella benzina. Si ha quasi sempre a che fare con flemmone profondo, accompagnato da gravi fatti settici generali e locali.

La sua diagnosi può essere molto difficile,

perchè i carateri settici sono costanti, e quindi il flemmone non differisce dai comuni flemmoni.

Talora, all'apertura dell'ascesso si percepisce un odore fecaloide che può mettere in sospetto e costituisce un grave ed importante indizio.

Guida alla diagnosi il racconto del malato e l'allegato decorso della malattia, come anche la mancanza di qualsiasi escoriazione al piede o alle gambe che possa costituire il punto d'ingresso all'infezione; e la presenza del punticino rossastro e sopraelevato sulla zona flemmonosa, che sta ad indicare la puntura dell'iniezione.



Fig. 1. — Piccola escara del dorso della mano, da volontaria applicazione di potassa previa escoriazione con carta vetrata.

Può giovare anche l'esame microscopico del pus, in cui possono riscontrarsi elementi fecaloidi (vegetali): ma tale esame di rado riesce positivo, poichè è reso difficile dal processo suppurativo e dalla scarsa quantità di materie fecaloidi impiegate.

In questi casi, il decorso è molto più lento, e la guarigione, anche quando si ottiene completa, non si avvera che dopo parecchi mesi di degenza.

Nei casi misti, cioè quando sono state praticate iniezioni di sostanze fecali sciolte nel petrolio o nella benzina, prendono il predominio i caratteri dell'ascesso chimico; certo però che la diagnosi può riuscire più ardua e più incerta.

Causticazioni chimiche. (Casi N. ....).

Costitusce questa un'altra categoria molto estesa di lesioni volontarie, meglio conosciuta dell'altra testè trattata (1), svolta in ampie memorie fornite anche di dati sperimentali, e già tanto nota nella pratica infortunistica.

I mezzi che i militari, ed anche gli operai, usano per queste causticazioni volontarie sono quanto mai semplici. Soffregano una data regione in modo da procurarsi un'escoriazione più o meno vasta e profonda, e sulla cute escoriata applicano per un certo tempo un acido o un alcale minerale a forte concentrazione (vedi fig. 1-2). La sostanza più usata di ogni altra è la lisciva di soda o di potassa, seguono poi gli acidi (solforico, cloridrico) e meno frequentemente altre sostanze (acqua ragia, cloruro di zinco).

Si forma così per l'applicazione di queste sostanze, un'escara, la cui diagnosi di origine non riesce molto difficile.

Le regioni predilette sono il dorso del piede e della mano, la regione anteriore delle gambe.



Fig. 2. — Escara del dorso del piede da acido solforico.

Per lo più il soggetto, scusa la sua affezione con un meccanismo contusivo; dice che qualche peso gli è caduto sul piede, o che un colpo di martello inavvertitamente gli ha colpito la mano, che violentemente ha urtato contro un corpo duro. Talora non sa addurre alcuna spiegazione del fatto. Quasi sempre però, il criterio anamnestico non è affatto in rapporto con il criterio clinico.

Il malato si presenta in ottime condizioni, e dall'esame obiettivo generale e dall'esame delle urine, non si trae alcun elemento che possa spiegare la formazione dell'escara (lues, diabete, siringomielia, varici, ecc.).

Localmente si osserva una soluzione di continuo unica o multipla nettamente circoscritta, più o meno circolare, con margini netti, talora festonata, senza traccie di infiltrazione periferica, senza edema o strie linfangioitiche.

La soluzione di continuo è ricoperta da una escara grigio sporca, nerastra, che si riconosce per i suoi caratteri di aderenza, secchezza coriacea.

Se l'osservazione avviene precocemente, si può osservare che l'escara ha un colorito gri-

(1) Prof. G. SORGE. *Le lesioni artificiali negli infortuni del lavoro.* Boll. della Cassa Naz. per gli infortuni sul lavoro, ottobre 1914.

giastro; in secondo tempo, però, allorchè è completa la necrosi del tessuto cutaneo, il suo colorito è sempre nerastro. (Vedi fig. 3-4).

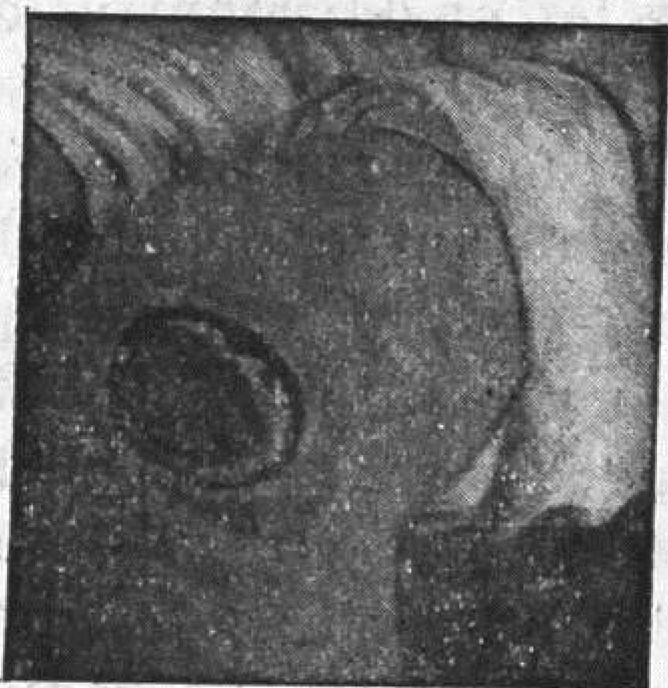


Fig. 3. — Escara del ginocchio da potassa in via di distacco.

Dopo la caduta dell'escara, si nota una soluzione di continuo discoide, con i margini sottili e tagliati a picco, come una perdita di sostanza a stampo a fondo torpido, lardaceo con piccoli cenci necrotici, dall'apparenza di ulcera trofica. (Vedi fig. 5).

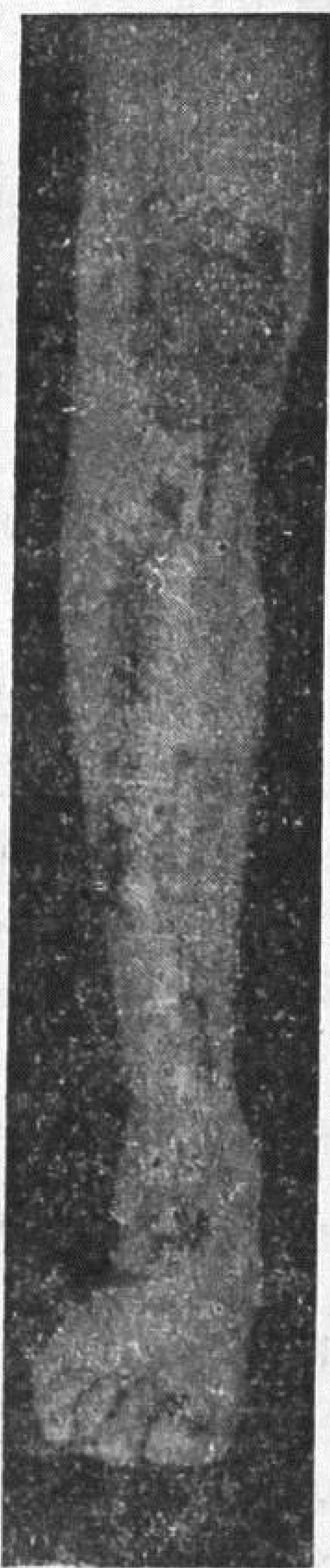


Fig. 4. — Escara del ginocchio, della gamba e del piede, da soluzione satura di potassa, tenuta sul posto 5 minuti.

La lesione non è quasi per nulla dolente e di rado si osservano alterazioni funzionali.

Curate convenientemente, queste lesioni guariscono in poco tempo (15-20 giorni) e il miglior mezzo di cura è costituito da impacchi di soluzione fisiologica.

Dopo la guarigione, permane una cicatrice rotondeggiante, poco retratta, non aderente, pigmentata in bruno.

Si possono anche osservare forme miste di causticazioni volontarie e di autocontusione. Il soggetto cioè, per lo più prima di procurarsi la causticazione chimica, prepara la regione con brevi e ripetuti colpi che determinano un edema duro. (Vedi in seguito). Si scorge in tali casi che l'escara risiede nel mezzo di una zona d'infiltrazione dei tessuti cutanei, a forma di placca dura irregolare, con colorito subcianotico o di suffusione ecchimotica o con piccole emorragie puntiformi periferiche alla zona necrotica.

Il risalire alla diagnosi esatta della sostanza chimica adoperata è difficilissimo, perchè come ho detto, dopo pochissimi giorni (2, o 3), qualunque sia questa sostanza, determina con la completa morte dei tessuti su cui è stata applicata, un'escara nerastra.

Queste escare, potrebbero talora confondersi con contusioni di 3° grado, e quindi con escare ischemiche. La diagnosi differenziale è sopratutto basata sull'anamnesi. Perchè si produca una limitata contusione con necrosi dei tessuti, è necessario, per lo più, che il corpo contundente sia di una speciale forma ed abbia agito per pressione durante un certo tempo sì da provocare l'intensa ischemia. Nelle comuni contusioni, anche limitate e gravi, difficilmente si determina una forma rotonda di escara, difficilmente non si osservano ecchimosi



Fig. 5. — Tre gravi causticazioni con acido cloridrico. Nella causticazione di mezzo, ancora permane l'escara; nelle altre, l'escara si è distaccata dando luogo ad una profonda ulcera a stampo.

o ecchimomi nelle parti periferiche, difficilmente non si osservano escoriazioni o altre lesioni di continuo, che con la loro presenza attestano l'origine contusiva dell'escara.

Nè queste escare potrebbero confondersi con le comuni croste, tanto diverse sono le une dalle altre, che mi sembra superfluo dettarne i caratteri differenziali.

Causticazioni termiche. — Un altro mezzo adottato dai militari, per esimersi dal servizio per un tempo più o meno lungo, è costituito dalle ustioni, che si avverano con speciale predilezione sulle gambe e sui piedi, mediante acqua bollente o liscivia bollente.

I caratteri sono quelli delle comuni ustioni; quindi anche qui è specialmente l'anamnesi raccolta con estremo rigore, che guida alle diagnosi.

Molte volte i soggetti affermano p. es. di essersi prodotti tali ustioni mentre calzavano scarpe e calze, e ciò difficilmente si concilia con una vasta ed estesa ustione; altre volte l'ustione presenta limiti netti e il soggetto afferma che il liquido bollente gli è caduto dall'alto, meccanismo che avrebbe dovuto determinare strie di ustione con decorso longitudinale dall'alto al basso; altre volte si osservano numerose e piccole escare; il che impone o uno speciale meccanismo urente o una duplice origine chimica e termica delle ustioni non in rapporto con il racconto del soggetto.

Non mi tratterrò sul decorso e sulla cura di queste forme tanto note in clinica chirurgica.

Edema duro autocontusivo. (Casi N. ....).

Anche questa forma, abbastanza frequente, è ben conosciuta di già in infortunistica, ed è nota anzi come una delle forme di frode infortunistica da più tempo studiate (1).

Il Bernacchi, con maggior proprietà di linguaggio tecnico propose il nome di cellulo-dermite autocontusiva, nome che con molta precisione rispecchia l'elemento anatomo-patologico.

Questa forma è determinata da piccoli e successivi colpi ripetuti per più tempo e per più giorni di seguito, interponendo tra il corpo contundente e la regione contusa un corpo soffice, regione che per lo più presenta scarso pannicolo adiposo e in cui l'osso è piuttosto superficiale. Il corpo contundente può esser svariatissimo, e la regione colpita è per solito il dorso della mano o del piede o la superficie anteriore della gamba, il ginocchio.

Il meccanismo lesivo addotto dal soggetto è costantemente rappresentato da un trauma contundente unico, caduta, distorsione, pregresso colpo di sasso e nei militari frequentemente una pregressa reale ferita, l'investimento di pietre da scoppio di granata o símili).

Se l'osservazione del malato è fatta precocemente, si osserva dapprima non un edema duro, ma un edema quasi molle; la cute ha una consistenza pastosa e succulenta e talora si percepisce anche un modico versamento sieroso nella zona contusa. Ma, ben presto, sopravvengono fatti d'infiltrazione dermica e d'ispessimento della cute e di neoformazione connettivale, e l'edema assume tutte le sue caratteristiche.

La regione appare ingrossata, e l'ingrossamento assume forma di placca globosa più o meno estesa e più o meno regolare, sopraelevata sulla superficie come un mezzo arancio, di colorito, specie nei primi tempi, cianotico e anche ecchimotico, non spostabile. Si possono scorgere sulla placca piccole emorragie puntiformi assolutamente patognomoniche. La cute è sottile, lucida, secca, talora con piccole desquamazioni epidermiche, distesa, aderente,



Fig. 6. — Edema autocontusivo del ginocchio.

non si riesce affatto a sollevarla in pliche, di consistenza dura, anche lignea; di rado la pressione del dito lascia un'impronta superficiale. La pressione inoltre non desta obiettivabile dolore. I peli della regione sono atrofici, secchi, spezzati e talora mostrano una lieve follicolite. (Vedi fig. 6). Le regioni vicine si mostrano quasi sempre assolutamente normali per forma e per colorito; se però l'autocontusione è praticata sul dorso della mano e del piede si possono osservare lievi ingrossamenti delle dita per disturbi della circolazione linfatica.

La lesione è accompagnata non di rado da disturbi della sensibilità tattile e dolorifica, che appare diminuita, e da alterazioni funzionali (zoppicamento, difficoltà nei movimenti del pugno e delle dita, che appaiono incompleti, ecc.).

Talvolta tutti i tessuti periostali partecipano al processo. La radiografia è costantemente negativa, ed è bene farla comparativa tra le due regioni simmetriche.

Se le manovre autocontusive sono prolungate per un certo tempo e si è stabilita una vera e

(1) Cfr.: l'rof. G. SORGE, loco cit. — LEVI BIANCHINI. *Le lesioni della pelle e del cell. sottocutaneo da contusioni multiple e ripetute.* Boll. Cassa Naz. Infortuni, n. 9, 10, 11, 1914 (con ampia bibliografia). — PAPANTI PELLETIER. *L'edema autocontusivo degli operai assicurati.* Cingoli, Tipogr. Lucchetti, 1914. — BERNACCHI. *Di una nuova modalità di cellulo-dermite da autocontusione.* Boll. Cassa Nazion., agosto 1914. — BERNACCHI. *L'edema duro traumatico di Secretan,* ecc. Ramazzini, 1910 (con estesa bibibliografia), ecc.

propria cellulo-dermite con complicazioni periostee, il decorso è lunghissimo di mesi e mesi, e permane una lieve inabilità permanente parziale, data da uno zoppicamento, da una difficoltà nella flessione delle dita che il soggetto non riesce a chiudere a pugno, da una persistente ipoestesia, ecc. Quindi la prognosi in queste forme è alquanto riservata.

La cura consiste nel massaggio praticato ad arte e in esercizi di meccanoterapia.

La forma tipica dell'edema duro, difficilmente si confonde con esiti di frattura (radiografia negativa), con esiti di contusione o distorsione o di periostite (non spostabilità del tumore edematoso, sua durezza, caratteri distrofici della cute e dei peli, infiltrazione dei comuni tegumenti, presenza di ecchimosi puntiformi, ecc.); con edema angionevrosico per l'esame generale del soggetto completamente negativo per ciò che riguarda stigmate isteriche, per la sede prediletta. Però, gli errori sono possibili specie con « quegli edemi ed ispessimenti fibromatosi mantenuti da condizioni settiche, che hanno decorso subdolo, lento, indefinito, che sono ribelli ad ogni cura risolvente » (1) e contro i quali mette specialmente in guardia il Perraudo nella memoria citata sugli stati edematosi ed elefantiasici in rapporto a traumi. Perchè non si può disconoscere che si avverano spesso, in seguito a traumi anche di modica entità, stati edematosi persistenti, lunghi, con alterazioni funzionali, malgrado le più adatte cure e la miglior volontà dell'individuo di guarire rapidamente.

E in questi casi deve specialmente soccorrere l'anamnesi e l'esame minuto, sistematico, completo, individuale.

La diagnosi è altresì difficile in casi spuri, in cui cioè esiti di pregressi traumi vengono aggravati con manovre autocontusive, nei quali è arduo sceverare quanto è dovuto al trauma e quanto alla frode; ed è anche difficile nei casi in cui tal forma di autolesione s'innesta in un'altra, confondendosi e alterandosi i caratteri dell'una e dell'altra forma.

Spesso poi, l'edema duro è complicato da viziati atteggiamenti dell'arto superiore o inferiore (varismo e valghismo in special modo) ed anche viziati atteggiamenti del bacino o del cingolo scapolo-omerale, o da atrofia ipofunzionale da permanente immobilità. In questi casi, è necessario tutto l'accorgimento del sanitario, che deve mettere in azione ogni mezzo diagnostico (esame elettrico completo, esame dettagliato della sensibilità, ecc.) e terapeutico (bendaggi gessati, apparecchi immobilizzanti, fasciature che contengono vetrini coprioggetti che si frantumeranno nel caso che il soggetto seguiti nascostamente nelle manovre autocontusive, ecc).

Edema da stasi. (Casi N. ....).

Vicino all'edema duro traumatico autocontusivo, un'altra forma di edema spesso si osserva, che complica il primo o complica e imbastardisce altre forme di autolesione o tenta di mascherare forme di simulazione o è impiegato per aggravare il decorso e ritardare la guarigione di esiti di traumi realmente esistenti, oppure si verifica come entità a sè.

Il mezzo adoperato è il bendaggio praticato circolarmente alla radice di un arto o nel segmento di un arto, in modo da impedire la circolazione arteriosa ed ostacolare il riflusso venoso sì da determinare una stasi che pian piano si traduce in una forma permanente di edema molle.

La costrizione non è praticata quasi mai direttamente sulla cute, ma coll'interposto di sostanze soffici (cotone, indumenti, ecc.) ed esercitato con un bendaggio per lo più ampio (fazzoletto, asciugamano, elastico in special modo), di rado con cordicelle, spaghi, ecc. ad una o più volute.

E ciò per non determinare solchi duri facilmente riconoscibili, ma solchi molli poco visibili.

Il soggetto talvolta impiega allo scopo fraudolento le fascie militari o legacci delle mutande o delle scarpe, in modo da allontanare qualsiasi sospetto.

La costrizione è fatta per molte ore e molti giorni di seguito, talora solamente la notte. Dopo un certo periodo, allorchè l'edema si è costituito permanentemente ed in grado elevato, il militare si presenta alla visita medica claudicante o con il braccio al collo ed è capace di affermare che sino a quel giorno, ha fatto ogni sforzo per prestar servizio ma ora, il gonfiore è giunto a tanto che più non può continuare.

Il bendaggio è messo e mantenuto o al di sotto del ginocchio o al disopra del malleolo o al polso, all'avambraccio, alla gamba, talora perifericamente e centralmente di una data regione.

Il meccanismo addotto a spiegazione dell'edema è sempre un trauma pregresso di diversa natura da cui il poverino non riesce a guarire, anzi, che si è aggravato da quando si è strapazzata oppure per una pregressa congelazione.

(1) G. G. PERRAUDO. *Stati edematosi ed elefantiasi in relazione a traumi.* Riv. di Medic. legale, settembre 1916. — Prof. A. MORI. *Delle pseudo-artriti traumatiche del ginocchio.* Rif. Medica, n. 18, 1917.

Sintomi generali non ne esistono, non si riscontra mai nulla all'esame del cuore, dei reni, nè si riscontrano varici o flebiti.

La regione lesa, si presenta ingrossata di volume e l'ingrossamento può prendere tutto il segmento distale dell'arto, mentre superiormente è nettamente limitata. Al limite superiore si può osservare un solco più o meno appariscente ed ampio, pallido per costrizione, o ecchimotico o iperemico. Il solco può prendere circolarmente tutto il segmento dell'arto, ma spesso non lo si nota che nella sola parte anteriore, dove per la superficialità dell'osso si mantiene più manifesto. In corrispondenza del solco, i fatti distrofici appaiono più evidenti. L'impressione del solco permane un tempo più o meno lungo, talvolta scompare molto rapidamente, talvolta invece si mantiene per molto tempo, pur andando man mano riducendosi ad una superficiale impressione di linea. Nella zona aumentata di volume, la pelle è lucida, tesa, dà alla palpazione un'impressione di succulenza, presenta i peli distrofici ed una secchezza speciale. Si presenta di un colorito subcianotico e la cianosi disparisce molto lentamente e gradatamente, limitandosi man mano a piccole chiazze.

Lo scomparire più o meno rapidamente delle traccie del solco e del colorito cianotico dipende dalle condizioni individuali di circolazione.

Spesse volte si osserva anche, in soggetti a cute sottile e rete venosa superficiale, produzione di piccole ecchimosi puntiformi ed anche di piccoli spandimenti sanguigni sottocutanei. Nei primi tempi l'edema è molle, e il dito vi lascia una depressione, poi man mano i tessuti s'induriscono e tutto il segmento d'arto assume un aspetto massivo, quasi ligneo, avviandosi allo stato di pseudoelefantiasi per sopravvenienza di fatti iperplastici e neoformazioni connettivali. La pelle non riesce nè in primo nè in secondo tempo ad esser sollevata in pliche, e caratteristico è che questa possibilità di sollevamento s'inizia e termina a limiti netti, bruschi e regolari.

L'edema per lo più interessa anche le dita, e in tal caso, in queste è sempre molle; le dita prendono l'aspetto di salcicciotti in cui le pliche cutanee sono completamente spianate. (Vedi fig. 7).

Si osservano quasi sempre disturbi della sensibilità, caratterizzati da un'ipoestesia tattile e dolorifica e talora anche da anestesia, e da una più o meno accentuata limitazione dei movimenti. Il dolore spontaneo è accusato molto frequentemente ed è accusato anche alla palpazione, ma questo dolore non esiste o per lo meno non si riesce ad obiettivarlo con i noti mezzi d'indagine nell'esame del dolore.

S'intende che la radiografia risulta costantemente negativa.

Questa forma di autolesione non può esser confusa con nessun'altra forma morbosa nota in patologia; per i suoi caratteri, la sua sede, la sua unilaterità, l'assenza di qualsiasi fatto generale o traumatico localizzato; e all'esatta diagnosi sempre si giunge se si raccoglie minutamente l'anamnesi, l'esame generale e ci si vale nei casi dubbi e difficili di tutte le risorse diagnostiche cliniche e sperimentali, sia per l'accertamento dei caratteri propri dell'edema da stasi sia per l'esclusione dei caratteri propri alle malattie su citate. Una forma patologica che va, più di ogni altra, tenuta pre-



Fig. 7. — Edema da bendaggio. (Costrizione con elastico di circa 2 cm. al di sotto della piega del gomito. L'edema è esteso a tutto l'avambraccio e la mano).

sente nello stabilire la diagnosi, è data dalla congelazione dei piedi anche di primo grado. Negli esiti da congelazione infatti, soglionsi talora osservare degli edemi poco accentuati a colorito cianotico. Però, in tali casi, non si osservano mai ecchimosi, la cianosi è intensa e prende specialmente le dita del piede nella superfice plantare, i limiti superiori dell'edema sono sfumati non netti, i disturbi di sensibilità, specie parestesie frequenti, non si osserva mai solco. L'affezione permane anche dopo prolungata applicazione di apparecchio gessato.

Il decorso è lungo, lunghissimo negli edemi inveterati e spesso non si riesce a ridurre l'arto allo stato normale malgrado i migliori accorgimenti terapeutici, e permane inabilità permanente parziale.

Con l'andar del tempo, sia per il persistente stato di ischemia arteriosa e stasi venosa dei tessuti, si stabiliscono delle atrofie dei muscoli e dei segmenti, e la pelle divien liscia, sottile, le dita si appiattiscono, le piccole articolazioni per la diminuita motilità, s'irrigidiscono. Questi fatti non sono però mai accompagnati da alterazioni elettriche, nè faradiche nè galva-

niche. La cura consiste in massaggio, meccanoterapia e spesso si ottiene buon successo dall'applicazione di apparecchi gessati, mantenuti per un paio di settimane.

Otiti provocate. (Casi osservati N. ....).

È questa un'altra frequentissima autolesione eseguita con introduzione nell'orecchio, e quasi sempre in un orecchio solo, di sostanze caustiche o irritanti liquide (trementina, acido lattico, acidi minerali, succhi irritativi di piante) o fatte gocciolare nell'orecchio, o più di rado solide (sublimato in polvere, calce), o con applicazioni di piccoli ferri arroventati, olio bollente, resine bollenti (anche più rare).



Fig. 8. — Grave causticazione dell'orecchio esterno e del condotto uditivo da applicazioni di potassa in soluzione concentrata con distruzione di gran parte dell'orecchio esterno e del condotto uditivo.

Queste lesioni sono molto spesso innestate su reali otiti croniche; in ogni modo il racconto fatto dal soggetto è costante: « da molti anni, fin da bambino soffrivo di otite, e il male in questi giorni per l'umidità, il freddo, gli strapazzi mi si è riacutizzato ».

Nei primi giorni il processo è accompagnato da modica febbre serotina.

In primo tempo, la diagnosi è facile, perchè si scorgono caratteristiche lesioni nel condotto uditivo esterno, e nel padiglione. Si scorge cioè un'escara, rappresentata da una sostanza per lo più grigia, secca, aderente che tappezza la parte più esterna e inferiore del condotto uditivo. Talora questo è tutto preso, circolarmente, e la lesione, specie se la sostanza caustica fu introdotta a goccie profondamente, è accompagnata da perforazione e da distruzione della membrana del timpano. La secrezione è per lo più scarsa. All'esterno, si scorgono spesso ed hanno carattere patognomonico, delle traccie dell'ustione (piccole flittene, eruzioni eczematose sulla conca, sul trago e sull'antitrago, che talora si prolungano sul solco lobulare come appunto se una sostanza liquida fosse scolata dall'interno all'esterno dell'orecchio, alle volte queste lesioni circonvicine si prolungano anche sulla gota, vicino all'impianto dell'orecchio. (Vedi fig. 8).

Caduta l'escara, in media dopo 8-15 giorni, questa lascia una soluzione di continuo netta, superficiale, che presto cicatrizza. Se la lesione ha preso circolarmente tutto il condotto, per una certa profondità, la cicatrizzazione si determina con una stenosi del condotto, che può anche portare ad una completa chiusura. Queste stenosi del condotto, sono anche caratteristiche. (Vedi fig. 9).



Fig. 9. — Grave stenosi del condotto uditivo da pregressa otite da acido solforico.

Se queste secondarie alterazioni non si producono, dopo la caduta dell'escara, la diagnosi è difficile, sia perchè il reperto poco differisce da quella di una comune otite media purulenta, sia perchè prendono di nuovo il sopravvento i fatti di otite cronica da cui, come ho detto, spesse volte il soggetto è realmente malato.

Ha in ogni modo grande importanza l'unilateralità della lesione, e la cicatrice che si vede sulla parte esterna del condotto. Il dolore è scarso, sebbene non manchino casi in cui avvengono crisi dolorose violentissime e cefalee persistenti specie nella minaccia di complicazioni.

Se non sopravvengono complicazioni, la guarigione è piuttosto rapida (20-25 giorni), ma le complicazioni, anche al di fuori della perforazione della membrana piuttosto frequente, e della sopravvenienza di un'otite media purulenta; non sono rare e talora gravissime.

In più casi, ho avuto occasione di vedere una paralisi del facciale (vedi fig. 10) in altri una completa distruzione di tutto il condotto uditivo, in altri mastoiditi, e in due casi (che sono in corso di pubblicazione) la morte per mastoidite e conseguente ascesso cerebrale e meningite diffusa.

Le lesioni, sono naturalmente, se complicate, accompagnate da alterazioni funzionali più o meno gravi e permanenti, fino alla completa sordità unilaterale o bilaterale. E in caso di complicazioni non si può davvero precisare il termine di guarigione. La cura è molto semplice: fino alla caduta dell'escara una medicatura protettiva delle pareti del condotto con un



Fig. 10. — Paralisi del facciale in seguito a causticazione distruttiva dell'orecchio esterno e del condotto uditivo.

po' di garza al vioformio o semplicemente sterile; dopo la caduta dell'escara, sulla soluzione di continuo, medicatura alla garza spalmata da una pomata asettica favorente l'epitelizzazione: in casi di complicazioni otitiche medie, perforazioni di membrana, mastoidite, ecc., praticare la terapia medica o chirurgica consigliata dagli otoiatri.

Affezioni oculari. a) *Congiuntiviti.* (Casi osservati, n. ....).

Sono molto numerosi i casi osservati di affezioni congiuntivali procurate, e ciò, secondo me è dovuto in gran parte alla facilità di provocazione, e anche al fatto che la diagnosi è più difficile a farsi dai medici militari, in quanto che rientra nella competenza dello specialista.

I mezzi adoperati, sono variabilissimi, qualunque mezzo irritativo può raggiungere lo scopo. Tra questi, come i più frequenti ad avverarsi, citerò l'uso dei semi di ricino, delle polveri d'ipecaquana, di infuso di tabacco, dei semi di piante, di granuli di sabbia che agiscono esclusivamente per l'irritazione da corpi estranei. Ma, certo i due mezzi più frequenti sono dati dall'uso dei semi di ricino, che vengono decorticati, polverizzati e un pochino della polvere è introdotta nel cul di sacco congiuntivale, e dalla polvere d'ipecaquana.

I soggetti si presentano con lieve edema palpebrale e con arrossamento delle palpebre accompagnato da essudato muco-purulento. La congiuntiva palpebrale inferiore si presenta iperemica, ispessita, con delle false membrane bianco-grigiastre che asportate lasciano perdite di sostanza superficiale, con un certo grado di chemosi, ed una notevole diminuzione di trasparenza. Nulla per lo più si osserva sulla palpebra superiore, e questa limitazione del processo con il rinvenimento nella congiuntiva palpebrale inferiore di piccole escare, è veramente caratteristico.

All'esterno dell'occhio, non di rado si scorge nella zona periorbitale un lievissimo eczema.

Come nelle otiti provocate, così nelle congiuntiviti, spesso la lesione volontaria è innestata su fatti realmente esistenti di congiuntivite cronica il che naturalmente ne complica i caratteri e ne falsa la diagnosi.

Il decorso è rapidissimo, i sintomi scompaiono dopo 6-7 giorni, però residuano delle piccole strie cicatriziali biancastre nella palpebra inferiore. Molto spesso però i soggetti replicano le pratiche dolose, tostochè la guarigione si avvicina, e si osservano inesplicabili recidive rapidissime con aggravamenti violenti dalla sera al mattino. In queste evenienze, coll'andar del tempo, anche la congiuntiva palpebrale superiore s'iperemizza, si ispessisce e si osservano altresì delle piccole granulazioni.

La cura è molto semplice, bastando quella delle comuni congiuntiviti, talora bastano anche pochi lavaggi.

Per premunirsi contro le volontarie recidive, si possono usare dei bendaggi amidati sugli occhi e contrassegnati, ma più che altro, bisogna attentamente far sorvegliare l'ammalato e premunirsi che egli non detenga presso di sè le polveri di cui sopra si è fatto cenno.

Dermatiti provocate (Casi, n. ...).

Caratteri generali anche qui mancano, come per quasi tutte le forme autolesive, e questa mancanza di febbre, alterazioni generali, fa strano contrasto con l'importanza dei fatti locali.

Le sostanze adoperate per provocare tali dermatiti, sono quasi sempre delle sostanze vegetali polverizzate (radici di ranuncolacee ed euforbiacee) o il succo irritante di altre piante.

L'applicazione viene fatta per lo più ad impacco, cospargendo il volto o altra regione del corpo di queste polveri mantenute per qualche ora con una fasciatura, o con strofinazioni violente o con pennellazioni di succhi di piante.

Si produce così un intenso eritema pemfigoide nettamente circoscritto. Le vesciche dapprima contengono un siero torbido che poi diviene purulento, dapprima isolate, tendono poi man mano alla confluenza.

Se l'applicazione, come di solito, è fatta sul volto, si osserva anche un edema delle palpebre, e un orlo periorbitale di cute perfettamente sana, poichè nell'applicazione il soggetto ha avuto cura di preservare gli occhi.

Il decorso è breve e benigno. In media dopo 6-7 giorni, non residua che una desquamazione secca che rapidamente cessa. I soggetti per lo più non sanno spiegare la loro malattia e ne affermano la sua rapida insorgenza, o tentano di far credere che possa trattarsi di una recidiva di eresipela (smentita dalle ottime condizioni generali, dalla mancanza di febbre, dall'eruzione vescicolosa sin dai primi momenti, ecc.).

Anche lasciate a sè, queste dermatiti rapidamente guariscono, ma si può affrettarne il decorso con impacchi di soluzione fisiologica sterile, o come consiglia il prof. Carruccio (1) con applicazioni di olio feno-canforato (fenolo 1, canfora 5, olio di vasellina 100).

Mutilazioni volontarie con armi da fuoco (Casi n. ...).

Queste mutilazioni si osservano quasi esclusivamente in Zona di Guerra, e spesso avvengono durante i combattimenti, sicchè gli autolesionisti dapprima si confondono con i feriti dei combattimenti, vengono sgombrati insieme a costoro negli ospedali da campo, e qui si ha agio di osservarli e di constatare la frode.

Tali mutilazioni sono praticate esplodendo un colpo di fucile dall'alto al basso sul dorso o su un dito del piede (specialmente alluce) o sul dorso o su un dito della mano.

E in quest'ultimo caso, come ben si comprende, è necessaria la complicità di un compagno.

I caratteri principali della lesione, sono dati dai segni delle ferite d'arma da fuoco, sparate a bruciapelo, sebbene questi segni talora possono mancare, perchè il cattivo soldato ha l'accortezza di sovrapporre alla regione uno schermo molle (pagnotta di pane ad esempio) che trattiene i granuli di polvere incombusta e impedisce il tatuaggio dei margini della ferita.

Si constata altresì, che il forame d'entrata è dorsale nel piede, volare nella mano, ed anche mancando i segni del bruciapelo, si nota una larga lacerazione dei margini della ferita, simili però a quelle che si osservano nelle ferite da scoppio. (Vedi fig. 11-12).



Fig. 11. — Forame d'entrata in un caso di mutilazione volontaria da colpo di fucile.

Se si constata sul foro d'entrata annerimento da fumo e intenso tatuaggio (da non confondersi con i caratteri di ustione) conoscendosi che nelle ferite fatte con le usate polveri da sparo e con i moderni fucili, questi segni più non si hanno nei colpi esplosi a distanze maggiori di mezzo metro, la diagnosi non è difficile.

Altrimenti può esser ardua, e ci si baserà in special modo sul carattere epidemico dell'autolesione, sull'anamnesi, minutamente raccolta,



Fig. 12. — Forame d'uscita.

interrogando il ferito sulla distanza da cui crede che il colpo siagli pervenuto, sulla precisa posizione e sull'esatto atteggiamento che teneva nel momento in cui fu ferito, cercando di metter tutto ciò in rapporto con i caratteri obiettivi da cui dovrà desumersi possibilmente la distanza e quasi sempre la direzione del colpo.

Queste, in riassunto, sono le mie personali osservazioni sulle autolesioni più frequentemente constatate.

Le altre forme di autolesioni più rare ad osservarsi (provocazioni di uretriti, tonsilliti, ecc.), e le simulazioni di malattie (ittero, ematuria, albuminuria, reumatismi, sciatica, malattie nervose, epilessia, ecc.), saranno oggetto di un'altra pubblicazione.

Roma, Maggio 1917.

(1) Prof. M. CARRUCCIO. *Dermatite da causa irritante esterna* (Giorn. Med. Mil., nov. 1916). — Cfr. anche: F. DE NAPOLI. Boll. Scienze Mediche di Bologna, 1916, pag. 431; R. RIVALTA. *Patomimia e dermatosi simulate* (cit. da CARRUCCIO).

Istituto di Parassitologia Medica della R. Università di Catania
diretto dal prof. MARIO CONDORELLI-FRANCAVIGLIA

Congiuntivite catarrale acuta in un militare, provocata mediante l'uso di semi di ricino

pel prof. MARIO CONDORELLI-FRANCAVIGLIA
Maggiore Medico della Riserva.

Fra le malattie provocate, di cui in questo periodo di guerra abbiamo deplorato indegna fioritura nelle reclute e nei richiamati, sono da noverarsi in primo luogo le oftalmie, sotto forma di congiuntivite catarrale acuta ed anche blenorragica, dovuta all'impiego di polveri irritanti (tabacco, ipecacuana, ecc.) e all'inoculazione di pus di origine gonococcica. Non avevo mai pensato alla possibilità dell'uso dei semi di ricino a tale scopo delittuoso, ed è appunto per la novità e per l'interesse dal punto di vista medico-militare ch'io riferisco ed illustro il seguente caso clinico.

Premetto che, nel periodo di tempo, in cui ho lasciato sospesa la pubblicazione di questo lavoro pel desiderio di completarlo con ricerche sperimentali, che soltanto adesso ho potuto ultimare, è comparso nel *Policlinico* (Sezione Pratica, fasc. 4, 21 gennaio 1917), fra i resoconti delle *Riunioni medico-chirurgiche Castrensi* (Ospedale da campo 074, zona di guerra, 30 ottobre 1916), il riassunto di una comunicazione del tenente medico G. Sbordone, oculista del 2° Corpo d'Armata, su alcuni casi di congiuntiviti provocate con semi di ricino.

La mattina del 16 novembre ultimo scorso, durante la chiamata alle armi della III categoria non istruita, classe 1887, M. G. di C. da Biancavilla, recluta, si presentava alla visita medica distrettuale.

Egli aveva le congiuntive palpebrali superiori alquanto iperemiche, quelle inferiori molto arrossate e tomentose, e così pure la congiuntiva del culdisacco inferiore di ambo gli occhi; la congiuntiva bulbare era iniettata ma non fortemente. Le ciglia erano riunite a pennellini; nei fornici inferiori riscontravasi discreta secrezione opaca con fiocchi filiformi muco-purulenti.

Feci la diagnosi di congiuntivite catarrale acuta. Ma per la ineguale intensità del processo flogistico, con un massimo di flogosi nelle congiuntive palpebrali inferiori e nel rispettivo culdisacco, ebbi ragione di dubitare della natura spontanea del male; talchè ordinai al carabiniere, di servizio nella sala della visita medica, di perquisire la recluta, nelle cui tasche furono trovati, avvolti in carta, 34 semi, che, secondo il militare M., erano *fagiuoli da servirgli per semina*, ma che invece, evidentemente, erano semi di ricino (*Ricinus communis.* L.), euforbiacea indigena, com'è ben noto, dell'Africa tropicale, da noi coltivata un po' da per tutto, segnatamente nel Lombardo-Veneto, e già divenuta spontanea in Calabria, Sicilia, Sardegna ed isole minori.

In altri due casi, posteriormente osservati, di oftalmia provocata, pure coll'uso di semi di ricino, riscontrai sempre i caratteri d'una congiuntivite catarrale acuta muco-purulenta con predominio dei fenomeni flogistici. Riscontrai una volta, insieme con forte edema palpebrale inferiore, chemosi della congiuntiva bulbare, carattere ricordato da Sbordone, sotto forma di cercine cingente la cornea, e costantamente uno speciale colorito di carne lavata della congiuntiva affetta, colore da ritenersi caratteristico in tale forma di congiuntivite provocata. Non mi fu dato constatare strie biancastre (piccole escare) descritte dallo stesso Autore. In uno dei superiori casi l'affezione era monoculare: l'altro occhio si conservava perfettamente integro.

Talchè, riassumendo, caratteri dell'autolesione in discorso sono i seguenti: ineguale distribuzione del processo flogistico, fortemente pronunziato nella congiuntiva palpebrale inferiore e relativo culdisacco, meno in quella bulbare e pochissimo in quella palpebrale superiore. Nei casi gravi si aggiunge: edema della palpebra inferiore, chemosi della congiuntiva bulbare, formante un cercine rilevato attorno la cornea, presenza sulla congiuntiva palpebrale inferiore di sottili strie biancastre (piccole escare necrotiche). La congiuntiva affetta prende sempre il *colore caratteristico di carne lavata*, ben diverso dal rosso scarlatto delle infiammazioni genuine; vi ha secrezione muco-purulenta più o meno abbondante, e le ciglia sono riuniti a pennellini.

Tale autolesione si constata ad ambo od in un solo occhio; mentre la forma naturale si sviluppa bruscamente nei due occhi e quasi contemporaneamente.

I semi, dei quali era in possesso quella recluta, avevano l'aspetto caratteristico della specie: forma ovoide un poco appiattita, dimensione di un fagiuolo, ombelico sormontato da caruncola voluminosa, episperma a superficie liscia, lucida, di color giallo-grigio picchiettato di bruno, tigrata, che, insieme colla forma generale del seme, ricorda la zecca dei cani [*Ixodes ricinus* (L.)], da cui pare abbiano preso nome il seme e la pianta.

Tali semi, indubbiamente, non dovevano servire alla semina, come il M., per scagionarsi, assumeva; ma a fornirgli il mezzo idoneo a

mantenere in atto e, nel caso, aggravare la malattia agli occhi; come pure, indubbiamente, di altri semi egli erasi servito per provocarla.

Nei semi del ricino si trova dal 40 al 46% di olio fisso, che, applicato sulle mucose più delicate, non manifesta alcuna azione irritante, come non irrita nemmeno lo stomaco, che attraversa senza scomporsi; ma, arrivato nell'intestino, per l'influenza del succo pancreatico, si scinde in glicerina ed acido ricinoleico, il quale ultimo eccita i movimenti peristaltici, e spiega l'attività purgativa, nel mentre che l'eccesso di olio, rimasto indecomposto, lubrifica la mucosa intestinale e le masse fecali, agevolandone l'espulsione.

Ma nei semi di ricino, oltre all'olio purgativo, si trova la *ricina*, veleno potentissimo di natura albuminoide, secondo Ehrlich e Kobert, che la considerano una toxalbumina; invece, secondo altri autori (Tonson, Gautier, Gaglio, ecc.), appartenente al gruppo dei fermenti vegetali. È solubile nell'acqua, nella glicerina acquosa, nell'etere, insolubile nell'alcool e nell'olio; motivo per cui, colla spremitura dei semi, essa non passa nell'olio purgativo, e rimane nei panelli.

La ricina è una sostanza eminentemente tossica, al punto da uccidere il coniglio alla dose di mgr. 0,03 per via ipodermica e di mgr. 3 *per os*.

L'ingestione di 2 a 4 semi provoca nell'uomo gravissimi fenomeni di avvelenamento: accidenti atasso-adinamici, anuria, coma e perfino la morte. L'azione tossica si accompagna a quella fortemente irritante: infatti la ricina, deposta sulle mucose, le irrita, le iperemizza, le infiamma; ragion per cui l'intossicazione grave da semi di ricino per la via dello stomaco è caratterizzata, oltre che dagli accidenti sopra ricordati, da gastro-enterite acuta, spesso con vaste ulcerazioni, che interessano, in modo speciale, le placche del Peyer.

La ricina, più di altre fitotossine (abrina, crotina, tossine del polline), è importante dal punto di vista scientifico per la sua analogia con le tossine batteriche: come Ehrlich ha dimostrato, la somministrazione agli animali da esperimento di ricina in quantità piccolissima progressivamente crescente, li immunizza contro la ricina stessa, in modo da fare poi tollerare quantità fortissime, di gran lunga superiori alla dose letale.

Tale immunità è la conseguenza della produzione nel corpo dell'animale immunizzato di un anticorpo (*antiricina*) che si trova nel sangue in eccesso, e che neutralizza la tossina *in vitro* e *in vivo* (Citron, Gaglio).

Ho voluto direttamente controllare l'azione irritante della ricina sulla congiuntiva degli animali, sperimentando sui volatili (tacchino e pollo) e sui mammiferi (cavia).

Come materiale irritante mi sono valso del seme *in toto*, oppure della polpa dei semi liberati dall'episperma, oppure del liquido ottenuto mediante emulsionamento dei semi finamente triturati in mortaio di porcellana in presenza di acqua distillata, e successiva filtrazione in comune carta da filtro.

I GRUPPO DI ESPERIENZE MEDIANTE L'USO DEI SEMI IN TOTO. — Liberati i semi dal tegumento, si tagliuzza questo finamente colle forbici, e si polverizza nel mortaio sino a ridurlo in polvere impalpabile. Si aggiungono i cotiledoni coll'albume e si triturano finissimamente, fino a ridurre il tutto in una massa butirrosa omogenea a grana finamente impalpabile e di colore cioccolata.

ESPERIENZA I. — 5 marzo 1917, ore 13: la quantità di una lenticchia di tale poltiglia viene deposta nel culdisacco inferiore della congiuntiva palpebrale dell'O. D. di un tacchino di kg. 5,350. Ore 20: si nota lieve iperemia congiuntivale. Si depone uguale quantità di sostanza nel medesimo occhio.

Giorno 6 marzo, ore 7: forte iperemia congiuntivale, maggiormente pronunziata alla palpebra inferiore, con abbondante secrezione sierosa. Si depone uguale quantità di sostanza nel medesimo occhio. Ore 15: chemosi palpebrale con secrezione muco-purulenta. Si depone uguale quantità di sostanza nel medesimo occhio.

Giorno 7 marzo, ore 7: chemosi palpebrale fortissima, che impedisce l'ispezione del globo oculare; abbondante secrezione muco-purulenta. L'animale manifesta un senso di malessere, e rifiuta il cibo. Si sospende l'applicazione della sostanza.

Giorno 8 maggio: l'animale si trova nelle condizioni del giorno precedente, e una crosta di muco-pus condensato ricopre l'O. D. Semplice lavaggio di pulizia con acqua potabile tiepida.

Giorno 9 marzo: chemosi diminuita; si riesce a mettere in evidenza la cornea, nella quale si constata lieve opacamento.

Giorno 10 marzo: chemosi palpebrale quasi del tutto scomparsa, le congiuntive sono alquanto arrossate, la lieve opacità corneale è stazionaria, secrezione muco-purolenta scarsissima.

Giorno 11 marzo: occhio quasi normale. Si sospendono le osservazioni.

ESPERIENZA II. — 5 marzo 1917, ore 15: nel culdisacco congiuntivale inferiore dell'O. D. di un pollo del peso di kg. 1,200 viene deposta della poltiglia di semi di ricino nella quantità di una grossa capocchia di spillo. Ore 20: si nota semplice iperemia congiuntivale. Si depone uguale quantità di sostanza.

Giorno 6 marzo, ore 7: forte iperemia congiuntivale con secrezione sierosa; palpebra inferiore e nittitante alquanto tumide. Si aggiunge uguale quantità di sostanza. Ore 15: intensa chemosi palpebrale con secrezione muco-puro-

lenta; non si riesce a scoprire la cornea; senso di generale malessere rilevabile dal fatto che il pollo sta accovacciato e rifiuta il cibo. Si sospende l'applicazione della sostanza.

Giorno 7 marzo: come nel giorno precedente. Semplice lavaggio di pulizia con acqua potabile tiepida.

Giorno 8 marzo: i fenomeni infiammatori, per quanto ancora imponenti, accennano ad attenuarsi.

Giorno 9 marzo: le palpebre cominciano ad aprirsi, non è però possibile constatare lo stato del globo oculare.

Giorno 10 marzo: chemosi diminuita, ma ancora rilevante, lieve opacità della cornea, alquanto rammollita.

Giorno 11 marzo: palpebre e congiuntive migliorate; cornea come nel giorno precedente.

Giorno 12 marzo: edema palpebrale lievissimo, secrezione poco abbondante, cornea sensibilmente migliorata.

Giorno 13 marzo: quasi ripristinate le condizioni normali. Si sospendono le osservazioni.

ESPERIENZA III. — 7 marzo 1917, ore 16: la quantità di sostanza della dimensione di una lenticchia viene deposta nel culdisacco congiuntivale inferiore dell'O. D. di cavia del peso di gr. 400.

Giorno 9 marzo, ore 8: congiuntiva palpebrale inferiore lievemente arrossata. Si depone uguale quantità di sostanza nel culdisacco congiuntivale. Ore 16: forte iperemia congiuntivale, più pronunziata alla palpebra inferiore; abbondante secrezione muco-purulenta. Si aggiunge altra sostanza.

Giorno 10 marzo: aumenta la secrezione muco-purulenta, la quale traccia sulla guancia una sottile striscia di arrossamento, che va dall'angolo interno dell'occhio destro all'angolo boccale dello stesso lato. La palpebra comincia a tumefare.

Giorno 11 marzo: forte chemosi palpebrale e della congiuntiva bulbare formante un cercine rilevato attorno alla cornea, congiuntiva colore carne lavata, cheratite abbastanza pronunziata con cornea un poco opaca ma non rammollita. Si sospende l'applicazione della sostanza. A poco a poco i fenomeni flogistici si attenuano, ed il giorno 14 la cavia può considerarsi guarita, pur persistendo lieve opacità corneale.

Le superiori esperienze dimostrano che nei semi di ricino *in toto* si contengono delle sastanze flogogene, che, deposte sulla congiuntiva palpebrale, determinano una infiammazione acuta sotto forma di congiuntivite catarrale muco-purulenta con possibile complicazione corneale; e dicono pure che l'azione di esse sostanze è più pronta e violenta nei volatili (pollo, tacchino, nel primo specialmente), anzi che nei mammiferi (cavia).

Se, prima che si verifichino gravi alterazioni corneali, si sospende l'applicazione della sostanza irritante, i fenomeni flogistici in primo tempo si arrestano e poscia gradatamente si attenuano, sino a scomparsa quasi completa nel breve periodo di 4 a 6 giorni.

Si può obbiettare che la oftalmia, che si provoca deponendo sulla congiuntiva la poltiglia di semi di ricino *in toto*, sia dovuta non all'azione flogogena di speciali sostanze irritanti contenute nella polpa e nel tegumento dei semi, ma al traumatismo esercitato sulla congiuntiva stessa dai frammenti dell'episperma ridotto prima in polvere impalpabile, e poi fortemente impastato e reso omogeneo colla polpa.

A prevenire tale possibile obbiezione, ho eseguito le seguenti esperienze:

II GRUPPO DI ESPERIENZE MEDIANTE L'USO DI SEMI DI RICINO LIBERATI DALL'EPISPERMA. — I semi, mondi dal tegumento, vengono triturati lungamente in mortaio di porcellana: si ottiene una sostanza bianco-giallastra omogenea di consistenza e di aspetto butirroso.

ESPERIENZA I. — 7 marzo, ore 15: si depone la quantità di una grossa lenticchia di essa sostanza nel culdisacco congiuntivale inferiore dell'O. D. di tacchino del peso di kg. 4,200. Ore 20: si nota rilevante iperemia congiuntivale con secrezione sierosa. Si applica uguale quantità di sostanza.

Giorno 8 marzo, ore 7: fortissima iperemia congiuntivale con abbondante secrezione muco-purulenta. Si applica uguale quantità di sostanza. Ore 20: chemosi palpebrale fortissima, tale da impedire la ispezione del globo oculare. L'animale rifiuta il cibo. Si sospende l'applicazione della sostanza.

Giorno 9 marzo, ore 7: come la sera del giorno precedente: O. D. coperto da ampia crosta di muco-pus disseccato, che si rimuove con semplice lavaggio di acqua potabile tiepida.

Giorno 10 marzo, ore 7: i fenomeni flogistici tendono ad attenuarsi, ma non è ancora possibile ispezionare la cornea.

Giorno 11 marzo: chemosi palpebrale diminuita, abbondante secrezione muco-purulenta, cornea un poco opaca e leggermente rammollita.

Giorno 12 marzo: chemosi palpebrale sensibilmente attenuata, stato della cornea migliorato.

Giorno 13 marzo: palpebre detumefatte, congiuntive ancora arrossate.

Giorno 14 marzo: l'occhio può considerarsi clinicamente guarito, e quindi si sospendono le osservazioni.

ESPERIENZA II. — 7 marzo, ore 16: si depone la quantità di una grossa capocchia di spillo della sostanza nel culdisacco congiuntivale inferiore dell'O. D. di pollo del peso di kg. 1,100. Ore 19: notevole iperemia congiuntivale. Si applica uguale quantità di sostanza.

Giorno 8, ore 8: fortissima chemosi palpebrale, che impedisce l'ispezione del globo oculare. Allontanando appena e con forza le palpebre, schizza un liquido sieroso. L'animale rifiuta il cibo. Si sospende l'applicazione della sostanza.

Giorno 9 marzo: continua grave la chemosi, palpebre ricoperte di crosta di muco-pus disseccato.

Giorno 10 marzo: come sopra.

Giorno 11 marzo: chemosi diminuita, cornea infiltrata e leggermente opaca.

Giorno 12 marzo: palpebre meno tumefatte, stato di nutrizione della cornea migliorato, abbondante secrezione muco-purulenta.

Giorno 13 marzo: chemosi palpebrale scomparsa, cornea quasi del tutto trasparente.

Giorno 14 marzo: l'occhio può considerarsi sano, e quindi si sospendono le osservazioni.

ESPERIENZA III. — 12 marzo, ore 16: si depone la quantità di una lenticchia di sostanza nel culdisacco inferiore dell'O. D. di una cavia del peso di gr. 350.

Giorno 13, ore 8: lieve iperemia congiuntivale. Si applica altra sostanza. Ore 16: forte iperemia congiuntivale, più pronunziata alla palpebra inferiore; comincia la secrezione muco-purulenta. Si aggiunge altra sostanza.

Giorno 14 marzo, ore 8: la flogosi aumenta con abbondante secrezione muco-purulenta. Si aggiunge altra sostanza. Ore 16: come sopra, in più lieve chemosi palpebrale. Si aggiunge altra sostanza.

Giorno 15 marzo, ore 16: forte chemosi palpebrale; la cornea, in parte visibile, è un po' opaca ed infiltrata; congiuntiva alquanto tumida e del colore di carne lavata; abbondante secrezione muco-purulenta, che determina sulla pelle la comparsa di una sottile striscia rossa, estendentesi dall'angolo interno dell'occhio ammalato all'angolo labiale dello stesso lato. Si aggiunge altra sostanza.

Giorno 16 marzo, ore 8: condizione dell'occhio come sopra; in più chemosi della congiuntiva bulbare formante un cercine rilevato attorno alla cornea; congiuntiva colore carne lavata. Si sospende l'applicazione della sostanza. Ore 12: la cavia si rinviene morta, ma ancora calda.

All'autopsia si riscontra: enterite acutissima estesa a tutto quanto l'intestino tenue, la cui mucosa è fortemente congesta e in più punti rammollita ed ulcerata in corrispondenza delle placche del Peyer; stomaco pieno di alimento; fegato fortemente aumentato di volume e rammollito con vescica biliare distesa da un liquido di colore giallo pallido; milza poco ingrossata; reni macroscopicamente normali; capsule surrenali ingrossate, congeste e con infarto emorragico centrale; vescica urinaria semipiena di liquido torbido di colore biancastro; ventricolo sinistro in diastole.

La morte indubbiamente avvenne per enterite acuta tossica cagionata dalla ingestione di parte della polpa di semi di ricino deposta nell'O. D. e poi dall'animale trasportata colle zampette alla bocca, o qui pervenuta colla secrezione muco-purulenta lungo il solco di arrossamento tracciato sulla guancia.

Tali esperienze dimostrano che la polpa, libera dall'episperma, è di azione più pronta ed energica della sostanza proveniente dai semi *in toto*, e che la oftalmia sperimentale non è dovuta all'azione traumatica della polvere dell'episperma, fittamente impastata e resa omogenea colla polpa dei semi di ricino, ma esclusivamente a speciali sostanze flogogene (*ricina*) contenute in essi.

Incidentalmente viene pure provato che la cavia è sensibilissima all'azione tossica della *ricina*, e che sono sufficienti quantità piccolissime di polpa di semi di ricino per provocare enterite acuta tossica con effetti letali.

A meglio dimostrare che l'azione irritante dei semi di ricino sulla congiuntiva è dovuta a speciale sostanza solubile (*ricina*) contenuta nella polpa di essi, non avendo a mia disposizione della ricina, nè essendomi possibile ritirarla dal commercio o prepararla direttamente dai semi, istituii una 3ª serie di esperienze coll'uso di un collirio, da me preparato mediante emulsionamento dei semi pesti in acqua distillata tiepida, ove la ricina è solubile, e successiva filtrazione.

III GRUPPO DI ESPERIENZE MEDIANTE L'USO DI UN COLLIRIO CONTENENTE SCIOLTA LA RICINA. — 20 semi di ricino, liberati dall'episperma, vengono lungamente triturati in un mortaio di porcellana ed emulsionati in 10 cmc. di acqua distillata tiepida. Per 24 ore si lascia la miscela al termostato alla temperatura di 30° C.; indi si filtra, e si mette da parte il liquido filtrato, contenente in soluzione la ricina, che è solubile nell'acqua.

Tale liquido, perfettamente limpido, trasparente, scorrevole e di reazione leggermente acida, ho adoperato come collirio nelle seguenti esperienze:

ESPERIENZA I. — 10 marzo 1917, ore 7: due gocce di collirio si istillano sulla congiuntiva dell'O. D. di una tacchina del peso di kg. 2,900. Ore 15: nessuna reazione. Si istillano altre due gocce di collirio.

Giorno 11 marzo, ore 7: congiuntiva alquanto arrossata; niente secrezione. Si aggiunge altro collirio. Ore 15: forte iperemia congiuntivale con lieve secrezione. Si aggiunge altro collirio.

Giorno 12 marzo, ore 7: chemosi palpebrale con secrezione muco-purulenta; lieve opacità corneale. Si sospende il collirio. Ore 15: forte chemosi palpebrale; cornea non ispezionabile; abbondante secrezione muco-purulenta appiccicaticcia. Lavaggi dell'occhio con acqua potabile tiepida.

Giorno 13 marzo, ore 7: chemosi diminuita; secrezione sempre abbondante.

Giorno 14 marzo: chemosi quasi scomparsa, cornea molto migliorata, secrezione diminuita.

Giorno 15 marzo: l'O. D. è ritornato in condizioni quasi normali; si sospendono per tanto le osservazioni.

ESPERIENZA II. — 10 marzo 1917, ore 8: due goccie del superiore collirio si istillano nella congiuntiva dell'O. D. di un pollo del peso di kg. 1,450. Ore 16: nessuna reazione. Si aggiunge altro collirio.

Giorno 11 marzo, ore 8: iperemia congiuntivale; lieve secrezione sierosa. Si aggiunge altro collirio. Ore 16: chemosi palpebrale, cornea trasparente, abbondante secrezione sierosa. Si aggiunge altro collirio.

Giorno 12 marzo, ore 8: forte chemosi, cornea

leggermente opaca, secrezione muco-purulenta. Si sospende il collirio. Ore 16: chemosi più forte, cornea non ispezionabile, palpebre coperte da secrezione incrostata. Lavaggi tiepidi di acqua potabile.

Giorno 13 marzo: come sopra.

Giorno 14 marzo: fenomeni flogistici in decrescenza, cornea alquanto opaca, secrezione diminuita.

Giorno 15 marzo: chemosi lieve, infiltrazione corneale scomparsa, secrezione poca.

Giorno 16 marzo: occhio in condizioni quasi normali.

ESPERIENZA III. — 14 marzo, ore 8: si istillano poche gocce di collirio nell'O. D. di cavia del peso di gr. 450. Ore 16: nessuna reazione. Si instilla altro collirio.

Giorno 15 marzo, ore 8: iperemia congiuntivale, poca secrezione di liquido sieroso. Si aggiunge altro collirio. Ore 16: aumento del catarro congiuntivale con secrezione muco-purulenta; leggera chemosi palpebrale. Si aggiunge altro collirio.

Giorno 16 marzo, ore 8: chemosi palpebrale, congiuntiva fortemente iperemica ed infiltrata, secrezione muco-purulenta abbondante. Si aggiunge altro collirio. Ore 16: come sopra, inoltre lieve opacità della cornea senza segni di rammollimento della medesima. Si sospende il collirio.

Giorno 17 marzo, ore 8: chemosi palpebrale diminuita, congiuntiva iperemica del colore di carne lavata, secrezione meno abbondante e più densa. Dall'angolo interno dell'O. D. all'angolo labiale dello stesso lato, notasi sulla pelle una sottile striscia rossa dovuta all'azione irritante del secreto commisto all'eccesso di collirio istillato. Si sospende il collirio. Ore 16: lieve miglioramento dei fenomeni flogistici. La congiuntiva palpebrale, ancora iperemica, conserva il colore di carne lavata.

Giorno 18 marzo: le condizioni dell'occhio sono molto migliorate, e il dì seguente riprendono quasi lo stato normale.

Queste esperienze dimostrano che con l'uso del collirio, di cui sopra, si può provocare un'oftalmia (congiutivite catarrale acuta muco-purulenta), dovuta esclusivamente all'azione irritante di speciali sostanze chimiche (ricina) contenute nei semi di ricino e solubili in acqua.

E dimostrano pure che l'azione irritante del collirio è meno pronta ed energica di quella della poltiglia dei semi *in toto* e meno ancora di quella della poltiglia dei semi mondi dal tegumento.

CONCLUSIONI.

1°) I semi di ricino, per la *ricina* che contengono, esercitano un'azione generale fortemente tossica e un'azione topica irritante sulla congiuntiva oculare; la quale, infiamma coi caratteri di una *congiuntivite catarrale acuta muco-purulenta.*

2°) Tale congiuntivite provocata differisce dalle forme cliniche spontanee e naturali per la ineguale distribuzione del processo flogistico, ch'è più intenso nella congiuntiva palpebrale inferiore e relativo culdisacco (ove viene deposta la sostanza flogogena), e meno pronunziato o quasi nullo nella congiuntiva palpebrale superiore. La congiuntiva bulbare partecipa anche essa, ma moderatamente nei casi ordinari, mentre in quelli gravi si presenta chemotica, e forma un cercine rilevato attorno la cornea. Inoltre la congiuntiva iperemica assume il colore caratteristico di carne lavata e non quello rosso scarlatto delle infiammazioni genuine. Nei casi gravi, dove intensa è la flogosi, sulla congiuntiva palpebrale inferiore e relativo culdisacco notasi la presenza di piccole escare sotto forma di strie biancastre trasversali.

L'edema palpebrale può o no esistere, a seconda dell'intensità del processo flogistico. Contrariamente a quanto avviene nelle forme catarrali genuine, l'autolesione congiuntivale può essere monoculare.

3°) La congiuntivite catarrale acuta può provocarsi deponendo nel culdisacco congiuntivale inferiore piccola quantità di poltiglia, ricavata da pestamento di semi *in toto* o dei semi liberi dall'episperma, oppure instillando poche gocce di un collirio, facilmente preparabile mediante triturazione dei semi in acqua distillata tiepida, ove la ricina è solubile, e successiva filtrazione.

4°) La poltiglia, ricavata dai semi liberi dall'episperma, esercita sulla congiuntiva un'azione più pronta ed energica di quella ricavata dai semi *in toto;* come pure l'azione di questa è, alla sua volta, più pronta ed energica di quella del collirio.

5°) Per la maggiore speditezza di preparazione e praticità d'uso, credo che più comunemente si ricorra all'impiego di polpa di semi mondi; la quale facilmente può ridursi in poltiglia omogenea mediante una qualunque spatola o lama di coltello.

6°) Non si esclude la possibilità dell'uso dei semi di ricino *per os* allo scopo di provocare una *gastro-enterite acuta.*

Catania, marzo 1917.

Ospedale militare per malattie nervose in Ferrara
diretto dal Prof. G. BOSCHI.

I piccoli segni elettrici della sciatica (1).

Prof. VINCENZO NERI.

Fra le malattie che questa guerra di trincea con una frequenza, sarei per dire, epidemica, ha messo sotto ai nostri occhi vi è la sciatica. Non vi è sala d'ospedale che non raccolga i-schialgici veri o immaginari.

A parte l'interesse che questo rincrudimento del morbo di Cotugno può avere dal punto di vista eziologico, esso assume oggi una importanza tutta speciale dal punto di vista medico militare.

Che se la diagnosi di sciatica nella grande maggioranza dei casi è facile, essa può talvolta mettere in serio imbarazzo il medico meglo esperimentato nell'osservazione.

« Molte volte, dice l'Eichhorst, i sedicenti malati di nevralgia hanno appreso a specificare con sorprendente esattezza tutti i sintomi soggettivi di una determinata specie di nevralgia ed alcuni simulatori di ischialgia ricoverati nella mia clinica furono smascherati solo col farli sorvegliare mentre si alzavano da letto: risultò allora che essi si movevano speditamente, laddove in mia presenza zoppicavano dal lato offeso ed asserivano di poter appena camminare ». Ed il Babinski afferma che quando il riflesso achilleo è conservato, la realtà di una lesione del nervo sciatico è sovente difficile ad accertarsi. « La diagnosi differenziale di queste forme di sciatica (senza alterazione del riflesso achilleo) colla pseudo-sciatica (nevralgia isterica) è qualche volta impossibile ».

Mai, come oggi, il medico militare obbligato a porre la sordina ai sintomi obbiettivi di un « marcante visita » deve affinarsi nella ricerca metodica, esatta, rigorosa dei segni obbiettivi che la volontà è incapace di riprodurre.

Io desidero di richiamare l'attenzione su alcuni segni elettrici che per la loro frequenza e per la facilità della loro constatazione debbano, se non erro, passare in prima linea nella sintomatologia obbiettiva della sciatica.

La maggior parte dei trattati classici sorvola sull'esame elettrico della sciatica. Quasi tutti si limitano a ripetere con una indifferenza convinta, che la tradizione ha conservato, questa formula stereotipata: la nevralgia sciatica non modifica l'eccitabilità elettrica, quando esistano disturbi qualitativi (reazioni di degenerazione parziale o completa) dell'eccitabilità, si tratta di neurite. Questa affermazione, la quale, anzichè scaturire da una analisi di fatti bene osservati, è un corollario dell'antiquato concetto di una distinzione netta fra nevralgia sciatica pura senza lesione dell'elemento nervoso e nevrite sciatica, non regge per la maggior parte dei casi.

Quanto più si estendono le nostre conoscenze sulle malattie organiche e funzionali del sistema nervoso, tanto più va restringendosi il numero delle cosidette nevralgie pure. Se è in generale difficile tracciare un confine ben netto fra nevralgia e nevrite, questa difficoltà è ancora maggiore per la sciatica. « È fuori dubbio, scrive l'Oppenheim, che ai fenomeni della sciatica corrisponde spesso anatomicamente una lieve nevrite dello sciatico, e che questa in certi casi raggiunge un tale grado di intensità che anche i fenomeni clinici assumono un carattere nevritico. È vero che nella maggior parte dei casi tali fenomeni mancano, ma sta di fatto che si incontrano tutte le possibili forme di passaggio fra la nevralgia e la nevrite tipica ».

Fra la sciatica iniziale, leggera e a breve decorso in cui l'esame elettrico non svela modificazione alcuna dell'eccitabilità e la sciatica grave a decorso cronico con disturbi qualitativi dell'eccitabilità, con reazione di degenerazione parziale o completa, vi è un gran numero di casi intermedi in cui l'esame elettrico svela una semplice diminuzione dell'eccitabilità, indice di una sofferenza lieve, ma pur reale delle fibre nervose. *I disturbi quantitativi dell'eccitabilità elettrica sono frequentissimi nella sciatica.* Io li ho riscontrati in casi di sciatica in cui esisteva ben netto ed uguale da ambo i lati il riflesso achilleo, e in altri nei quali 'atrofia muscolare era di sì lieve entità da lasciare il dubbio di una semplice asimmetria fisiologica, e persino in casi in cui l'atrofia faceva del tutto difetto. Se l'esame elettrico non avesse svelato una differenza notevole di comportamento fra il lato sano e il lato malato, nel silenzio di ogni segno obbiettivo, si sarebbe potuto pensare ad una nevralgia pura o peggio si sarebbe potuto dubitare di una simulazione.

Si tratta di regola di una ipoeccitabilità faradica e galvanica totale o parziale dello sciatico e dei muscoli da esso innervati: solo eccezionalmente il nervo malato appare ipereccitabile. Questa ipereccitabilità del nervo è cosa del tutto diversa dall'ipereccitabilità voltaica dei muscoli che appartiene alla reazione di degenerazione, e la si può constatare anche in casi di sciatica che datano da molto tempo. Io l'ho osservata in un malato sofferente da un anno

(1) Comunicazione fatta alla Società Medico-Chirurgica di Bologna, il 30 novembre 1916.

di sciatica con abolizione del riflesso achilleo e in cui i muscoli del polpaccio erano agitati di tempo in tempo da scosse spasmodiche e da ondulazioni fibrillari e fascicolari che lo stimolo elettrico o lo stiramento dello sciatico provocavano a piacere.

Si ammette generalmente che nella paralisi dei nervi periferici l'eccitabilità elettrica non può essere esagerata che nei primi giorni della malattia. Questa opinione non è esatta. Lo aveva già dimostrato il Babinski nel 1905 a proposito della paralisi facciale ed oggi trova una nuova riconferma nella sciatica.

Praticamente l'esame elettrico d'una sciatica può limitarsi all'esplorazione faradica dei rami terminali dello sciatico al cavo del poplite. Proprio nel mezzo del cavo popliteo trovasi lo sciatico popliteo interno, la cui eccitazione provoca con la contrazione dei muscoli del polpaccio la la flessione plantare del piede e la flessione delle dita. Più infuori, scorrendo trasversalmente contro la testa del perone, trovasi lo sciatico popliteo esterno, la cui eccitazione provoca la flessione dorsale del piede con più o meno distinta abduzione del piede od estensione delle dita.

Messo il malato bocconi ed applicato un elettrode indifferente al dorso, si eccita lo sciatico popliteo interno dal lato sano, praticando periodicamente delle interruzioni nel circuito ed aumentando l'intensità della corrente sino ad ottenere la contrazione minima, cioè una contrazione debole, ma pure nettamente visibile dei muscoli del polpaccio capace di provocare la flessione plantare del piede. Trovata così la soglia di eccitamento, la chiusura permanente del circuito determina una contrazione massiva, globale, tetanica dei muscoli del polpaccio ed una flessione plantare del piede che dura per tutto il tempo del passaggio della corrente. Se, ferma restando l'intensità della corrente, si passa ad eccitare alla stessa guisa lo sciatico popliteo interno dal lato malato, si scorge che i gastrocnemi sono percorsi da una serie di contrazioni fascicolari che si susseguono rapidamente a guisa di onda; tutto il polpaccio è agitato da una sorta di mareggiamento caratteristico, ed il piede, o resta immobile, o ritmicamente ed a fatica si estende e ricade nella posizione di riposo, come in preda ad una leggera trepidazione. Questa danza dei gastrocnemi è l'espressione di una lieve diminuzione dell'eccitabilità. Difatti per poco che si aumenti l'intensità della corrente scompare; ed è sostituita dalla contrazione massiva, globale, tetanica dei muscoli del polpaccio; per di più noi riusciamo a provocarla anche dal lato sano, quando si abbassi l'intensità della corrente al di sotto della soglia di eccitamento.

Se la diminuzione dell'eccitabilità è più spiccata, l'intensità della corrente capace di provocare la contrazione minima dal lato sano, non provoca alcun movimento dal lato malato ed è necessario aumentare l'intensità della corrente per osservare la danza del polpaccio. Talvolta, durante il passaggio della corrente, le ondulazioni fascicolari si trasmutano in un spasmo tonico di tutto il ventre muscolare che persiste alcuni secondi al cessare dello stimolo. Come pure non è raro di osservare, dopo il passaggio della corrente, il persistere di contrazioni, fibrillari e fascicolari che attestano lo stato di irritabilità nel nervo malato.

È questo un fenomeno che si osserva di frequente, specie nei muscoli del polpaccio e nei glutei anche in seguito allo stiramento dello sciatico o sollevando l'arto esteso come per ottenere il segno di Lasègue, o colla flessione del tronco sugli arti e persino colla flessione del capo.

Di regola l'esame elettrico svela una ipoeccitabilità anche nell'ambito dello sciatico popliteo esterno, ma essa appare di solito più leggera e meno costante di quella dello sciatico popliteo interno. A questa differenza di comportamento tra lo sciatico popliteo esterno e lo sciatico popliteo interno è forse dovuta la frequente estensione dell'alluce in seguito alla eccitazione faradica della pianta del piede.

Il Babinski aveva osservato che l'eccitazione faradica della pianta del piede provoca di solito nei soggetti normali la flessione dell'alluce e delle altre dita, e, molto più di rado, l'estensione unilaterale o bilaterale dell'alluce. Orbene nei malati di sciatica io ho constatato una inversione della formula su accennata: ciò che è regola diviene eccezione e viceversa. Di solito nei malati di sciatica l'eccitazione faradica della pianta del piede provoca l'estensione dell'alluce e spesso delle altre dita. Ho spiegato questo segno (1) con una ipoeccitabilità dei muscoli flessori innervati dalla prima e dalla seconda radice sacrale e con una diffusione di stimolo agli estensori innervati in massima parte dalla quarta e dalla quinta radice lombare.

Più di rado l'eccitabilità dello sciatico popliteo esterno appare del tutto normale, o lievissimamente diminuita. Avviene allora di osservare quando si ecciti con una corrente di media intensità il terzo inferiore nel polpaccio o la

(1) V. NERI. *La faradizzazione unipolare della pianta del piede nella sciatica.* Atti dell'Accademia delle scienze mediche e naturali di Ferrara, dicembre 1916.

pianta del piede, un movimento di abduzione del piede accompagnato dalla flessione dorsale del margine esterno. Questa abduzione paradossale è l'indice di una diffusione di stimolo allo sciatico popliteo esterno.

Non solo l'esame elettrico svela una differenza di comportamento fra lo sciatico popliteo esterno e lo sciatico popliteo interno, ma ci dice anche spesso che nella sciatica la lesione può localizzarsi prevalentemente in un solo ramo dello sciatico popliteo esterno. Così non è raro osservare una diminuzione di eccitabilità del muscolo cutaneo, restando normale l'eccitabilità del tibiale anteriore.

In tale caso l'eccitazione faradica dei peronei a 12 centimetri al di sopra e subito all'indentro del malleolo esterno, anzichè provocare, come di norma, l'abduzione del piede, la rotazione infuori e il sollevamento del margine esterno provoca adduzione del piede e flessione dorsale del margine interno. Questo fatto è l'espressione di una ipoeccitabilità del muscolo cutaneo che innerva i peronei e di una diffusione della corrente eccitatrice al tibiale anteriore. Se difatti coll'eccitazione bipolare noi portiamo lo stimolo in maniera esclusiva e principale sui peronei, ne constatiamo la contrazione isolata.

In questi casi l'eccitazione nel terzo inferiore del polpaccio, o alla pianta del piede, provoca una spiccata adduzione del piede, per la mancata azione antagonista dei peronei; difatti essa scompare se contemporaneamente si eccita con un elettrode il polpaccio e coll'altro i peronei, nel punto indicato.

Altre volte l'eccitazione dei peronei è seguìta dalla flessione plantare del piede per diffusione di stimolo ai muscoli del polpaccio.

Si comprende come nelle sciatiche radicolari parziali o dissociate si possono constatare i più svariati disturbi dell'eccitabilità elettrica a seconda delle radici prevalentemente colpite.

Questi fenomeni di diffusione, costituiscono talvolta il segno più caratteristico della più lieve perturbazione di un tronco nervoso. Essi sono sempre l'indice di una disuguaglianza di eccitabilità tra gruppi muscolari contigui o antagonisti. Il Babinski ha mostrato di recente quale importanza possono avere questi fenomeni di diffusione nella diagnosi di leggere turbe d'innervazione dell'arto superiore (1).

(1) 1° *De l'extension paradoxale de la main provoquée par la faradisation unipolaire de la partie antero-inférieure de l'avant-bras par* J. BABINSKI. Revue Neurologique, 1915, n. 20-21, pag. 720.

2° *De la flexion paradoxale de la main provoquée par la faradisation unipolaire de la partie postéro-supérieure de l'avant-bras.* Idem, pag. 722.

I muscoli della superficie posteriore della coscia sono difficili ad eccitarsi e la loro eccitazione è seguìta da tenuissimi effetti motori; per contro il grande gluteo risponde all'eccitazione diretta con una contrazione ben evidente. E dal paragone delle contrazioni del grande gluteo dal lato sano con quello del lato malato si può avere un prezioso aiuto per la diagnosi di sciatica. L'eccitazione sufficente a provocare dal lato sano una contrazione massiva del grande gluteo, o non produce dal lato malato nessuna contrazione, o provoca una serie di contrazioni fascicolari che si susseguono ritmicamente. Analogo è il comportamento dei muscoli del polpaccio.

Al bordo inferiore del grande gluteo, un po' più vicino alla tuberosità ischiatica che a quella trocanterica noi troviamo il punto di elezione di eccitazione del nervo sciatico. L'eccitazione faradica sufficiente a provocare dal lato sano la contrazione massiva dei muscoli del polpaccio e della faccia posteriore della coscia o non è seguita, dal lato malato, da alcun movimento o dal mareggiamento caratteristico.

Sono questi altrettanti segni obbiettivi di sciatica, la cui constatazione vale di per sè sola a fare cadere il dubbio di simulazione. Ho voluto chiamarli «piccoli segni elettrici della sciatica» come quelli che sono l'espressione di una lesione nervea di lieve entità in confronto colla reazione di degenerazione; in realtà in semeiologia non vi sono segni piccoli e segni grandi, il miglior segno è quello che si ritrova colla maggiore frequenza e si può affermare che i disturbi quantitativi dell'eccitabilità elettrica nella sciatica sono di gran lunga più frequenti dei disturbi qualitativi. In una affezione così povera di segni obbiettivi, com'è la sciatica, ogni piccolo segno obbiettivo ha un grande valore specie dal lato medico-legale.

Questi piccoli segni sono per la massima parte l'espressione di una semplice diminuzione dell'eccitabilità elettrica. Mi è caro ripetere con l'Erb che i gradi più lievi della diminuzione dell'eccitabilità, che un'esplorazione esatta solo può constatare, sembrano appunto essere quelli a preferenza invocati per rischiarare ed appoggiare il diagnostico difficile di molte affezioni e di smascherare la simulazione.

In molti casi, soggiunge l'Erb, coll'aiuto di una esatta esplorazione elettrica quantitativa sono riuscito a verificare quasi tutti i fatti positivi che dimostravano l'esistenza reale di una malattia ed aiutavano il malato a farsi rendere giustizia.

Di prossima pubblicazione:
G. TURTUR, *Ipertrofia della tonsilla linguale e sua importanza nella pratica.*

Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma.
Ospedale militare di riserva
per le malattie di orecchio, naso e gola.

Di un metodo sicuro per svelare la simulazione della sordità bilaterale.

Prof. G. BILANCIONI
aiuto di clinica e maggiore medico.

Tutti i metodi, numerosissimi, escogitati allo scopo di svelare la sordità uni- o bilaterale hanno un grave vizio di origine: presuppongono da parte del soggetto in esame un contegno arrendevole, una condiscendenza docile, onde possano aver risalto i vari espedienti per l'analisi della funzione acustica; anche il più recente mezzo, l'*épreuve des diapasons unissonnants appliquée au diagnostic de la surdité unilatérale simulée* d'Escat, non sfugge a questa critica e sembra più ingegnoso dal punto di vista dottrinale che non da quello pratico.

La guerra attuale, ancor più che la vita militare del tempo di pace e quella industriale col suo contingente di infortuni, hanno mostrato l'importanza e la gravità del problema di saper riconoscere sicuramente un individuo sordo da un altro che simula una cofosi completa o esagera una lieve ipoacusia. Il problema, talora praticamente insolubile, diviene un tormentoso caso di coscienza per il medico militare, il quale è combattuto dal timore di veder punito a torto per una simulazione un innocente malato e dal desiderio che l'arte sua non venga superata dalle doppiezze di un gaglioffo.

Fra soldati malati o con ferite a carico delle prime vie respiratorie e dell'orecchio, che ho tenuto in cura dai primi dell'agosto 1915 sono occorsi molti casi di sordità grave, di ipoacusia più o meno accentuata, uni- o bilaterale e finalmente di simulazione o di esagerazione estrema della sordità. Chiamando con voce generica quest'ultima classe con la parola «simulatori», dobbiamo distinguere tra essi diverse modalità:

1° alcuni, e sono i più rari, simulano un difetto acustico il quale non esiste affatto;

2° in generale il soldato ha un lieve difetto funzionale a carico di uno o delle due orecchie e ne prende pretesto per simulare o esagerare enormemente la propria ipoacusia. In questa serie si debbono separare coloro che:

a) hanno una otite media catarrale, da stenosi tubaria, la quale si è accentuata con la vita del campo o della trincea;

b) hanno avuto fenomeni labirintici transitori, da scoppio di granata o da altri proiettili a una distanza più o meno grande, scoppio che non indusse lesioni appariscenti a carico dell'orecchio medio o interno;

3° il soldato ha riportato una lesione, in atto o ben riconoscibile nei suoi esiti, a carico della regione mastoidea o dell'orecchio medio, di solito rottura della membrana timpanica, con concomitante otorragia, distacco della M. T. dall'anulo timpanico e simili e accusa cofosi o ipoacusia grave.

Se quest'ultimo capoverso riguarda casi di facile risoluzione clinica e medico-legale, poichè si hanno in essi molteplici elementi a cui ricorrere per decidere dell'entità e persistenza della lesione, quelli compresi nel primo comma e anche nel secondo offrono difficoltà sovente insuperabili.

Nei casi di asserita sordità per *vento dell'esplosivo*, per *lesioni da obicite*, come dirimere il dubbio, allorchè il soldato giunge, dopo molte tappe in vari ospedali e sezioni di sanità, quando è cessato ogni segno di risentimento labirintico e della neurosi traumatica non residua che l'unico sintoma «sordità»? Sapevano già gli antichi che il soverchio rumore assordisce: «la molta chiaritade toglie la veduta, e il troppo grande suono l'udita» scriveva nel suo *Trattato di medicina* maestro Aldobrandino da Siena ed è nozione diffusa nel popolo, che se ne giova; ma esso ignora che il fragore intenso di una esplosione provoca una sorta di esaurimento acuto del nervo acustico, una sordità funzionale che fortunatamente è transitoria e dura soltanto pochi giorni.

Osserva il Borri che il «simulare una sordità completa è cosa che richiede tanta tenacia di volontà e tale prontezza di spirito che raramente riesce». Pure vi sono individui che raggiungono lo scopo.

Spesso si tratta di soggetti ignoranti, di contadini o di montanari i quali si chiudono in un mutismo tale, che talora non si possono neppure raccogliere le loro generalità; per conoscerle di alcuni abbiamo dovuto ricorrere ai depositi e comandi o ai carabinieri del paese d'origine. Ma non di rado anche queste informazioni riescono insufficienti. Con individui come questi, che si isolano dai camerati, che vivono vegetando in un semi-letargo interrotto soltanto dall'ora dei pasti, non vale neppure la sorveglianza del medico o di intelligenti infermieri: essi non si tradiscono mai. Accade fra coloro che, coscienti e volenti fingono, provocano o prolungano una malattia allo scopo di sottrarsi a un dovere o di illecito lucro, come tra intelligenti operai «sinistrati», di cogliere un momento di rilassatezza, un istante in cui

l'attenzione non è abbastanza vigile e pronta, così che il quadro morboso artificiale crolla d'un tratto. Ma ciò avviene ben di rado con i simulatori della sordità totale: questi, oltre che evitare tutte le occasioni di contatto con i proprii simili, si atteggiano in uno stato di negativismo passivo, di indifferenza così completa a tutto l'ambiente che li circonda, da riuscire oppositori inerti e sistematici ad ogni comunione umana.

Nei tentativi di esame in essi la mimica del pensiero non traduce alcuna luce di lavoro psichico interiore, nessun moto riflesso si accenna sul loro volto *alla passion da che ciascun si spicca.* In essi sembra spenta insieme con la funzione dell'apparato uditivo anche ogni attività cerebrale; nella loro coscienza non v'è che il predominio assoluto di un'idea, quella della contraffazione di una malattia che deve salvarli, e che ne guida ogni azione volontaria. E sebbene siano anime primitive e incolte, dispiegano una grande energia nel volere non volere, in quella che il Faggi chiama *nolontà*, per una strana antinomia, lo sforzo per ottenere questo risultato è massimo non nelle forti volontà, ma nelle deboli.

Di tali individui ne avemmo parecchi; mi limito a ricordare alcuni più tipici.

Un soldato degli alpini, C... M..., di anni 33, da Edolo, affetto da otite media catarrale bilaterale, da stenosi tubaria, passò tutto il periodo della degenza in clinica in letto, in un dormiveglia soporoso.

All'esame laringoscopico teneva la glottide in uno stato, direi, cadaverico, nè si riusciva mai a fargli addurre le corde vocali.

Ogni esame funzionale riuscì nullo, dato il persistente stato quasi catatonico assunto dal C. Finalmente, a mezzo della scrittura, gli si fece capire di scrivere le seguenti parole, le quali ingenuamente rivelavano come avesse, egli che non sentiva alcun rumore o suono, inteso il nostro sospetto: «Io sono sempre stato sordo, sono di nasita cusì e io ò fatto una brunchite e sarà un mese e tutti i giorni mi duole la testa, e lei si crede che io lo faccio per non fare il soldato.... ».

Qui la scrittura già per sè svelava la simulazione; tal mezzo servì già ingegnosamente all'abbate Sicard — successore del De L'Epée nella direzione dell'istituto dei sordomuti a Parigi — per convincere d'impostura un giovane che per molti anni aveva finto la sordità e il mutismo con una costanza e uno stoicismo così straordinari, che tutti i tentativi per coglierlo in fallo erano mancati. Il Sicard riconobbe che gli errori di ortografia del falso sordomuto erano in perfetta armonia con la pronuncia delle parole.

Un altro, soldato di fanteria, L... F..., d'anni 27, da Capo di Monte di Castro, era simulatore di sordità completa. Nell'anamnesi remota risultava che il padre era stato per tre anni al manicomio; in quella più prossima vi era una otite media purulenta cronica destra passata ad esito. A Podgora detto soldato riportò una ferita da pallottola del padiglione dell'orecchio destro, ferita lieve e superficiale che evidentemente aveva in lui — organismo tarato nel sistema nervoso — localizzato un presunto disturbo funzionale a carico dell'orecchio leso.

In questo caso l'esame della funzione acustica era così inverosimilmente negativo, che non era concepibile una distruzione anatomica adeguata dell'orecchio interno. Qui tutto era *tabula rasa;* non permanevano neppure quelle *lacune* o *isole* di sensibilità uditiva che Bezold ha dimostrato anche nei sordi gravissimi.

M... L..., d'anni 25, soldato nel ... bersaglieri, da Caserta Vecchia, affetto da otite media catarrale per stenosi tubaria bilaterale, simula una cofosi bilaterale quasi assoluta. Non si riesce neppure a conoscere donde provenga.

L'esame funzionale è il seguente: Voce di conversazione e tanto meno la afona non vengono affatto percepite.

Diapason al vertice: 0.

Diapason per le onde aeree: 0 in ambedue.

Rinne: 0 in ambedue.

Fischietto di Galton tanto a destra che a sinistra da 10 a 12, appena un sibilo lontano.

Diapason della serie Edelmann, per le onde aeree 0 in ambedue gli orecchi; per le ossa craniche pare sentito il solo tremolio dei diapason bassi e medi in ambedue gli orecchi.

Bacchette di König: 0 d'ambo i lati.

Di fronte a casi consimili come si può parlare dell'uso di metodi sottili d'indagine basati quasi unicamente sulle risposte o sulle reazioni offerte dal soggetto in esame? Soltanto qualche mezzo che rompa l'incantesimo di una inibizione corticale assidua e cauta può darci la prova non fallace che l'uomo che ci sta dinanzi è un mentitore o un malato degno di cure e di pietà. Un tal mezzo mi venne suggerito nell'usarlo per far ricuperare la parola a un militare afasico da alcuni mesi, dopo una ferita riportatata alla fossa giugulare, per una pallottola di *shrapnell.* In questo caso sotto una eterizzazione incompleta il paziente cominciò a rispondere alle domande che gli vennero rivolte e finì per parlare poi con voce chiara e limpidissima.

Nei soldati sospetti di simulata sordità, dopo avere esperiti tutti i sussidi offerti dall'arte, uso un anestetico blando, che dà una narcosi facile e rapida: il *kélène.* Avvicinando al volto un tubetto aperto e capovolto, con il beccuccio rivolto ed aderente a un pacchetto di tamponi di garza, che a guisa di maschera circonda il naso e la bocca, si ottiene un'anestesia generale dopo due o tre inspirazioni profonde: in tal momento si può fare un esame sommario, con

la voce di conversazione, con quella afona e con i diapason, esame più che bastevole a formarci un concetto in ordine alla malattia addotta dal militare. La brevissima narcosi, innocua e senza postumi, ha bastato per interrompere lo stato di inibizione volontaria in cui si irrigidiva il soggetto o ha offerto al medico un elemento di giudizio infallibile.

Questo mezzo è così semplice, che mi sono peritato quasi di renderlo noto; ma poichè ho provato gli ambagi di trovarmi di fronte a individui che non sapevo se classificare artisti raffinati oppure diseredati della sorte, così ne ho parlato, confortato dal pensiero che potessi giovare a compiere un atto di doverosa giustizia.

So bene l'obbiezione che può muoversi all'adozione del metodo, ed è di ordine disciplinare militare: essendo vietato l'uso «di mezzi di esperimento e prova che non debbansi ritenere innocui od esenti da qualsiasi pericolo» (articolo 24, nell'*Elenco delle imperfezioni ed infermità che sono causa di inabilità assoluta o temporanea al servizio militare*). Ora, la breve narcosi incompleta, con la tecnica da noi adottata, è così semplice, sicura e irreprensibile, sia pel cuore, sia per i reni, che viene a confortare, più che ad ostare, lo spirito informatore dell'articolo stesso, il quale raccomanda «prima di pronunciare un definitivo giudizio» di esperimentare una cura opportuna, ragionevolmente protratta.

SUNTI E RASSEGNE.

La simulazione dei dolori di schiena.

(J. COLLIE; rif. in *The Medical Review*, 1917, num. 3).

I dolori di schiena, come alcune alterazioni della motilità della colonna vertebrale, sia che si mettano in rapporto con una causa traumatica, reumatica o di qualsiasi altra natura, sono tra i disturbi che con maggiore frequenza vengono simulati allo scopo di sottrarsi ad un dovere o per carpire un indennizzo. Si sa come sia spesso difficile, anche quando non si ha alcun dubbio sulla sincerità del paziente, rintracciare la natura e la localizzazione del processo che dà luogo ad alcuni dolori di schiena; ma tali difficoltà appaiono di nessun conto quando si pensi a quelle che si devono affrontare per risolvere il problema fondamentale della reale esistenza o meno dei dolori stessi.

In genere in tutte le malattie della colonna vertebrale il dolore costituisce il primo avvertimento della natura e ad esso seguono per diretta conseguenza la rigidità articolare e la contrazione muscolare; è quindi essenziale per la diagnosi, che quando non c'è limitazione dei movimenti, non c'è dolore, e conseguentemente non c'è malattia.

Dopo l'età media la colonna vertebrale diventa gradatamente meno elastica e nella vecchiaia i movimenti sono sempre compiuti con difficoltà, ma non necessariamente con dolore. Negli operai una causa comune di limitazione dei movimenti della spina è l'artrite osteofitica. Di questi fatti, come delle altre cause che modificano la curva normale della colonna vertebrale, bisogna tener conto nell'esame clinico dei vari soggetti.

Ciò premesso, nei casi nei quali viene accusata una limitazione nei movimenti del tronco occorre tener presente che normalmente durante la flessione della colonna vertebrale non si ha allargamento degli spazi esistenti tra le apofisi spinose dorsali, e quindi non si ha flessione della regione dorsale. La flessione della colonna vertebrale si fa solamente nelle regioni cervicale e lombare. E siccome raramente viene simulata la incapacità di muovere le vertebre cervicali, simulazione che per altro riesce facile svelare, l'attenzione del medico è di solito richiamata sulla regione lombare. Queste considerazioni facilitano le indagini.

Kendrick ha suggerito per svelare la simulazione della rigidità della regione lombare le seguenti prove: Il paziente deve essere posto disteso su di un tavolo in modo che le spalle, il dorso, le natiche, i polpacci, i calcagni tocchino il tavolo. In questa posizione appare al naturale la curva a convessità in avanti della regione lombare. Se si flettono sull'addome le coscie, questa curva scomparirà, a meno che non sia stata fissata da un processo morboso. Se poi s'invita il soggetto, sempre nella stessa posizione sdraiata, a tenere allontanate le ginocchia, ad assumere la posizione seduta e quindi a flettere leggermente in avanti la parte superiore del corpo, si vedrà, sempre che non sia irrigidita per un processo morboso, scomparire la curva in avanti della regione lombare. Se infine s'invita a sedere diritto su di una sedia ed a mantenere estese le articolazioni delle ginocchia, la curvatura normale dei lombi scomparirà anche in questo caso se non è rigida per malattia.

Queste tre prove hanno un indiscutibile valore diagnostico, perchè le posizioni che il soggetto è invitato ad assumere in ciascuna di esse sono dal punto di vista anatomico esattamente le stesse che egli dichiara di non potere assumere nella posizione eretta. Delle prove stesse d'altra parte si può dare una documentazione permanente ed ancora più obbiettiva

mediante i radiogrammi presi nelle varie posizioni. Quando le vertebre lombari sono nella loro posizione naturale ossia formando una curva a convessità in avanti il radiogramma dimostra avvicinati i processi spinosi, mentre quando le coscie sono flesse sull'addome i processi stessi si presentano allontanati. La distanza fra le ombre delle apofisi spinose nelle due radiografie dà la prova che i movimenti della regione lombare sono possibili.

Nell'esame della colonna vertebrale, osserva Kendrick, non basta porre la mano sul dorso del paziente ed invitarlo a curvarsi, per poi in caso di rifiuto conchiudere che c'è immobilità o il così detto saldamento in qualche regione della spina dorsale. Egli raccomanda di tenere la mano sul dorso almeno per un minuto e cercare di far flettere il soggetto per quanto più è possibile: la schiena può rimanere rigida per la reale esistenza di un processo morboso o invece i muscoli sotto la mano dell'esaminatore possono cominciare a contrarsi ed a rilasciarsi, fino a che si ha un rilasciamento più lungo che permette la completa flessione del tronco. Ciò indica che l'*erector spinae* è stato volontariamente messo in azione. Questo muscolo la cui contrazione ha prodotto la rigidità della colonna vertebrale, diventa gradatamente stanco e finalmente si esaurisce. Ciò, dice Kendrick, si verifica spesso nella simulazione e nell'isteria. D'altra parte quando la rigidità è dovuta a reumatismo delle articolazioni intervertebrali il rilasciamento muscolare si può anche avere, ma è più graduale, più lento.

Si può accertare la esistenza di un dolore nella regione cervicale o dorsale superiore in questo modo: si flette in avanti il capo mentre il tronco è tenuto fermo, in modo da produrre lo stiramento dei muscoli vertebrali. Se questo movimento si compie senza dolore si può conchiudere che il dolore non è in rapporto con cause fisiche.

Come già si è detto, quando si flette la schiena ciascuna vertebra delle regioni cervicale e lombare si muove in modo che i corrispondenti processi spinosi si allontanano un po' tra loro. Se, perciò, quando un soggetto s'inchina, l'esaminatore preme le dita tra i processi spinosi divaricati, ed invita poi il paziente a mettersi lentamente nella posizione eretta, può rendersi conto del movimento delle apofisi spinose, il che è un altro argomento per svelare la mobilità della colonna vertebrale.

Il potere di rotazione delle vertebre cervicali si può accertare nel modo seguente: si mette il paziente nella posizione di attenti, quindi gli si domanda se ha disturbi uditivi e fingendo di esaminare il meato uditivo si prende con la mano prima l'uno e poi l'altro orecchio e tirandoli in dietro e in avanti si fa girare il capo. Il soggetto non s'avvede dell'inganno ed esegue i movimenti voluti dall'esaminatore.

Nei casi sospetti e nei quali le soffrenze accusate non trovano riscontro in fatti obbiettivi conviene fare esami attenti e molto ripetuti. Per sorprendere eventuali contraddizioni conviene ogni volta fissare precisamente il punto accusato dolente dall'esaminando.

Occorre appena accennare che si hanno anche mezzi banali per indurre il sospetto simulatore a curvarsi facendogli eseguire in un momento di disattenzione movimenti comuni e molto abituali come quello di prendere una sedia, di fargli prendere da terra qualche oggetto fatto cadere di proposito. A questi espedienti bisogna in genere ricorrere prima di iniziare l'esame medico sistematico, prima che cioè il soggetto concentri tutta la sua forza attentiva su quel che deve simulare, ed è quindi meno padrone di sè stesso.

Talora qualunque prova, qualunque espediente non riesce, malgrado il medico abbia l'intima convinzione che si tratti di simulazione. In tali casi e specie quando si abbia una certa autorità si può far desistere dalla simulazione esponendo al soggetto chiaramente la situazione, dicendogli che per il momento non si sono rilevate prove dell'inganno, ma che queste non potranno mancare. Così alternando parole di minaccia e di indulgenza si può venire a capo della verità.

Talora ad ogni modo il più ostinato ed astuto simulatore cade in qualche trappola. L'A. ricorda al riguardo che egli fece svestire completamente un individuo che accusava dolore ai lombi con impossibilità assoluta di curvarsi, gli fece depositare in un angolo gli indumenti. Lo esaminò minutamente, quindi volgendogli le spalle si sedette e cominciò a scrivere ad un tavolo sul quale era un piccolo specchio che rifletteva esattamente il posto nel quale si trovavano gli abiti deposti dal soggetto. Gli ordinò poi di vestirsi. Potette così vedere che il simulatore, che si era fino a qualche momento prima ostinatamente rifiutato di flettersi in avanti, si curvò parecchie volte e sveltamente a terra per raccogliere gli abiti e vestirsi.

Talora la caduta di grandi pesi sulle spalle provoca una flessione della schiena in avanti più o meno permanente. Si tratta di una condizione che si verifica con una certa frequenza nei minatori, nei facchini ed oggi nei soldati sepolti sotto i sacchi di sabbia delle trincee. È noto come nel cadavere si riesce appena a lace-

rare il legamento giallo anche con una fortissima flessione della colonna vertebrale, si deve quindi ritenere che l'azione traumatica esercitata sulle spalle produca una frattura da compressione della faccia anteriore del corpo della vertebra, donde lo speciale atteggiamento dei pazienti. Di questa eventualità, del resto accertabile con l'esame radiologico, conviene tener conto nell'osservare questi traumatizzati.

I muscoli traumatizzati sono dolenti quando sono attivamente contratti o sono distesi. Se è leso l'*erector spinae* si avrà dolore sia che il paziente tenti di raddrizzare la schiena sia che tenti di curvarsi. Deve ad ogni modo destare sospetto un individuo che si lamenti di un forte dolore in detto muscolo e si tenga curvo parecchi mesi dopo l'accidente. Se il dolore fosse effettivo, egli dovrebbe cercare di mantenere il muscolo lacerato in estensione e quindi mantenersi dritto.

Poichè i movimenti di flessione laterale del tronco son determinati dalla contrazione degli stessi muscoli che ne determinano la estensione, è ovvio che se un soggetto è capace di toccare con la mano il suolo flettendosi da un lato o dall'altro, la impossibilità di raddrizzarsi non può essere messa in conto di una impotenza o di dolenzia dei muscoli erettori. E se egli insiste nel dichiarare che non può drizzare la sua schiena e che non può neppure flettersi, e che la flessione da un lato è dolorosa, mentre dall'altro è indolente, si deve presumere che sia lacerato o contuso il gruppo degli estensori di un solo lato.

Talora si riesce a svelare la simulazione perchè gli esaminandi, come è in genere il caso degli operai e dei soldati, ignorano l'anatomia e l'azione dei muscoli compromessi. Un simulatore pretendeva parecchi anni dopo un lieve trauma che i suoi muscoli dorsali erano così dolorosi che egli non solo non poteva drizzarsi, ma che ogni tentativo di estendere passivamente la schiena determinava un intenso dolore. Tutto il tronco era flesso in avanti ma unicamente sulle articolazioni coxo-femorali; infatti poggiando la mano sul basso addome e cercando di estendere passivamente e con forza la schiena, si avvertiva che i muscoli addominali si mettevano in violenta contrazione.

Le lesioni più frequenti della regione lombare sono costituite da lacerazione delle fibre di alcuni muscoli lombo-sacrali, o anche, ma meno spesso, da distorsione di una delle numerose articolazioni intervertebrali o di quella sacro-lombare. Ed è molto ridicolo pretendere, come ordinariamente si fa, che uno sforzo improvviso possa lacerare un muscolo o produrre una distorsione nella colonna vertebrale con manifestazioni dolorose dopo parecchie ore dall'infortunio. Una lacerazione muscolare produce una considerevole tumefazione ed emorragia, senza dire che possono essere lese altre formazioni, come legamenti o nervi, determinando gravi sofferenze. Nello stadio acuto quindi ogni simulazione riesce impossibile, perchè verrebbe subito svelata. Maggiori difficoltà diagnostiche s'incontrano quando l'esame si fa qualche mese dopo l'infortunio. Comunque bisogna tener presente che in genere le lacerazioni sono unilaterali, e che i muscoli ed i legamenti della fascia lombare quando sono lacerati o sforzati presentano un punto ben localizzato di massima dolorabilità.

Anche il latissimo del dorso può essere leso in conseguenza di un colpo diretto, di un eccessivo incurvamento del tronco o di un violento movimento del braccio. In tali casi i movimenti della spalla sono dolorosi.

Una quistione che spesso è chiamato a risolvere il medico è quella di distinguere, ammessa la reale esistenza del dolore lombare, se questo sia in rapporto ad una lesione traumatica o ad una lombaggine reumatica. Nella lombaggine il dolore è dato dal fatto che il tessuto infiammato eccita le terminazioni nervose del muscolo. La distinzione è possibile nei primi tempi perchè allora nella forma reumatica possono esistere fenomeni generali come la febbre, mentre in quella traumatica si hanno i segni localizzati del trauma. Nei casi inveterati la distinzione è più difficile: anche qui sono buoni criterî differenziali la unilateralità e la localizzazione del dolore, poichè nelle forme reumatiche esso è sempre bilaterale e più diffuso.

Nelle così dette artriti reumatiche non è leso nè la cartilagine nè l'osso, ma la capsula articolare e più spesso le inserzioni tendinee o aponeurotiche dei muscoli, e c'è una proliferazione infiammatoria del tessuto connettivo che entra in così larga misura nella composizione del muscolo. Questa infiammazione, probabilmente determinata dall'azione di tossine circolanti nel sangue, oltre la proliferazione del tessuto provoca una essudazione sierosa. Sono quindi colpiti i tendini e le guaine muscolari, la capsula ed i legamenti articolari dando il così detto reumatismo cronico. Le essudazioni stesse se abbondanti possono essere avvertite specie nelle ossa superficiali (sterno, tibia, ecc.) come inspessimenti o noduli di varia forma. Più comunemente sono ben circoscritte ed hanno le dimensioni di un pisello o di un pallino da caccia, ma possono anche essere grandi come una

mandorla o una noce. Spesso sono circolari, appiattite e formano come delle catene nelle gittate connettivali dei muscoli o nelle aponevrosi. Nella regione lombare o nella fascia lata talora buona parte del tessuto connettivo sottocutaneo o delle aponevrosi possono divenire uniformemente induriti. Questi indurimenti possono essere profondi o superficiali, questi ultimi increspano la pelle. E quando si esercita una pressione su di essi sono sempre più dolenti e se si sfregano diventano più grossi e molto dolorosi.

È certo che lo stiramento di un tendine o di un legamento può produrre una fibrosite locale, che può persistere per settimane. Si ricordi al riguardo che in seguito ad uno sforzo fatto durante il giuoco del tennis o del golf può determinarsi una fibrosite nei muscoli del braccio e del dorso. La lombaggine è anche essa una fibrosite, ma di forma mite perchè sono colpiti solo gli elementi fibrosi dei muscoli lombari. Più gravi sono le affezioni localizzate alle inserzioni dei grandi muscoli erettori del dorso al sacro e nelle vicinanze delle articolazioni sacro-iliache.

Nell'esame adunque degli individui che accusano dolori di schiena conviene tener conto di tutte le su esposte considerazioni circa la localizzazione di eventuali noduli di fibrosità.

In genere nella ricerca di noduli o di indurimenti, che è bene notarlo, non sempre riesce positiva anche quando l'affezione è realmente esistente, conviene spalmare la pelle con vasellina e far tenere i muscoli rilasciati in posizione di riposo. Le parti più frequentemente colpite, e sull'esame delle quali quindi bisogna maggiormente insistere, sono l'aponevrosi lombare, la fascia lata, le espansioni tendinee dei muscoli della coscia, il trapezio, i muscoli della regione sopraspinosa e quelli delle sure e dei piedi.

La debolezza della schiena ed i sintomi della così detta irritazione spinale, alcune forme neuralgiche di cui tante persone si lagnano, sono spesso dovute a questi indurimenti fibrosi. Il freddo, l'umidità, le variazioni metereologiche, gli sforzi muscolari, le indigestioni acute aggravano il dolore, e si deve a questa contingenza se l'affezione in parola viene considerata di natura reumatica. Conviene al riguardo notare che gli stessi fattori esercitano la medesima influenza sule forme di origine traumatica.

Concludendo, l'A. avverte che l'accertamento medico-legale dei disturbi dolorosi e motori della schiena presume una conoscenza esatta di tutti gli svariati processi morbosi che possono colpire le formazioni ossee, articolari, muscolari, fibrose, nervose di quella regione. E conviene tenere anche conto che molti di tali processi possono sussistere per molto tempo, talora sempre nell'assenza di fatti obbiettivi.

Un giudizio quindi di simulazione non si potrà fare sulla base dell'assenza di fatti constatabili, ma sull'accertamente stesso dell'inganno.

G. DRAGOTTI.

La simulazione della lombaggine.

(J. LLEWELLYN e BASSET JONES - *Fibrositis*)

La lombaggine traumatica è uno degli infortuni, che più frequentemente viene denunciato, ciò che si comprende, riflettendo alle difficoltà che si incontrano per affermare o respingere la verità di tale asserzione.

È raro però che si tratti di simulazione totale; nella maggior parte dei casi, invece, l'individuo non fa che esagerare il grado delle sue sofferenze o della sua incapacità.

Non è però con un colpo d'astuzia che si potrà subito scoprire il simulatore; si dovrà rapprima provvedere ad un attento esame, che escluda anzitutto la presenza di una malattia organica. Non esistono del resto metodi di investigazione stereotipati, da applicarsi da tutti in tutti i casi; gran parte del successo dipende dall'investigatore, che deve essere acuto osservatore e deve sapere, all'occasione, far cadere in trappola l'impostore. È essenziale che il medico conservi un'attitudine impassibile, che disarmi ogni sospetto, anche quando si notino delle incoerenze sia nel discorso, sia negli atti; l'impostore deve anzi essere incoraggiato, dimostrandogli simpatia, in modo che egli, esagerando la sua parte, accumuli le incoerenze.

L'investigazione di una lombaggine che si suppone simulata comprende: *a*) l'anamnesi remota; *b*) l'anamnesi attuale e *c*) l'esame fisico generale e locale.

Con l'*anamnesi remota*, si può scoprire una tendenza costituzionale, che predispone a disordini morbosi in questa regione. Il fatto di antecedenti attacchi di lombaggine, di sciatica o di altre manifestazioni reumatiche, o di sintomi premonitorî (senso di peso, di rigidità lombare), come pure l'evidenza di una causa diatesica, devono far accettare con riserva l'idea di un infortunio. Occorre poi evitare la confusione fra la lombaggine traumatica ed i dolori lombari dovuti a fatiche o ad esaurimento, come p. e. nel caso di un individuo, che compia un lavoro a cui non era avvezzo; si potrà, in tal caso, parlare di malattia del lavoro, non di infortunio.

Il sospetto deve sorgere anche quando la lombaggine si verifica in forma quasi *epidemica,* fra operai addetti ad uno stesso lavoro; il primo caso sarà forse stato autentico, ma gli altri quasi certamente sono simulati.

Anche le condizioni climatiche vanno considerate. Il tempo umido o piovoso è favorevole alla manifestazione di lombaggine semplice, che si può sviluppare in una serie di casi, mentre la traumatica, naturalmente, non ha alcun rapporto con le condizioni atmosferiche.

Anche l'investigazione del passato del paziente, dal punto di vista morale, potrà fornire qualche preziosa indicazione.

L'*anamnesi attuale* riguarda il modo e le circostanze in cui si è prodotta la lesione. Quando si tratta di forma puramente traumatica, le informazioni sono molto precise. Occorre interrogare il paziente sulla sua posizione al momento dell'infortunio, sulle condizioni dei suoi muscoli (se rilasciati o tesi), sulla superficie sulla quale si trovava, sul volume e sul peso dell'oggetto che eventualmente veniva sollevato o trasportato. Talvolta è in causa uno scivolamento o comunque il fatto che il paziente si trovava impreparato, eventualmente poco abile al lavoro che stava compiendo.

Nell'*esame fisico* è bene incominciare dalle condizioni generali; vi sono spesso dei fatti che inducono degli squilibri statici e predispongono allo sforzo della regione lombare, per cui il preteso infortunio non è che un *dolore di schiena* manifestatosi occasionalmente. Le accennate condizioni consistono in obesità, rotondità delle spalle, piede piatto, ineguaglianza di lunghezza degli arti inferiori.

In tali casi, l'analisi minuta dello storia del malato rivelerà che il dolore di schiena si è stabilito insidiosamente, solamente aggravatosi con lo sforzo.

Con un esame attento, si vedrà che il dolore è *diffuso* sull'area lombare e non localizzato da un lato o in una piccola regione, ed è inoltre in dipendenza delle posizioni assunte dal malati.

Si passerà in seguito ad esaminare il *carattere del dolore.* In generale il simulatore tende ad esagerare la gravità, ma non sempre l'azione corrisponde alla parola. Non bisogna dimenticare che differenti movimenti possono essere compiuti dallo stesso muscolo, e talora il simulatore può quindi ingannarsi. Così mentre egli accusa una lesione in corrispondenza del *latissimus dorsi* e sostiene l'impossibilità di stare eretto, è poi capace di abbassarsi ed anche di portare all'indietro il braccio alzato, tutto ciò senza dolore. Allo stesso modo, per ciò che riguarda l'*erector spinae,* il simulatore asserisce l'impossibilità o la difficoltà di sollevarsi da una posizione curva, mentre è poi capace di stare in piedi o anche di danzare.

Localizzazione del dolore. — Nella lombaggine traumatica genuina, il dolore viene accusato *sempre nello stesso punto,* dove cioè esiste la lesione, che è sempre *unilaterale.* Quindi una localizzazione vaga od incerta, una distribuzione diffusa o bilaterale, come pure l'irradiazione in parti lontane devono sempre suggerire una frode o per lo meno l'origine non traumatica. Spesso poi il simulatore accusa una irradiazione che non corrisponde affatto al decorso dei tronchi nervosi; e può inoltre, per mezzo di un'oculata suggestione, essere indotto a cambiare la localizzazione del dolore. È bene, ad ogni modo, per tali accertamenti bendare gli occhi al paziente e domandargli di tratto in tratto di segnare il punto doloroso, che si marcherà con un pennello, e che nella forma genuina traumatica sarà invariabilmente fisso. Analoghe condizioni vanno fatte per la *sensibilità alla pressione.*

Disturbi della motilità. — In generale il simulatore, quando lo si invita a piegarsi in avanti e toccare con le mani le dita dei piedi, fa mostra di grandi sofferenze, mentre si raddrizza poi rapidamente. Oppure, per la stessa manovra, finge una completa rigidità del tronco, e anzichè curvarsi, si piega sull'articolazione delle caviglie, di modo che sembra sempre nell'imminenza di cadere, ed assume l'attitudine di un uomo che stia per tuffarsi nell'acqua.

Tale contegno indica se non una simulazione genuina, almeno un'esagerazione. Di fatto, durante la flessione anteriore del tronco le natiche si muovono automaticamente verso l'indietro per estensione nell'articolazione delle caviglie allo scopo di equilibrare il peso del tronco. Il simulatore, sopprimendo questo tentativo di adattamento automatico,tenta di convincere l'esaminatore dell'impossibilità di eseguire la flessione del tronco. Invece, anche se la porzione lombare della spina dorsale è rigida, è sempre possibile la flessione del tronco in avanti, poichè detta porzione può venir ruotata in avanti per la flessione a livello dell'articolazione dell'anca.

Per svelare la frode, l'esaminatore deve far coricare l'individuo sul dorso e controllare se può eseguire la flessione passiva dell'anca. In caso affermativo, si può dire che il soggetto almeno esagera, e simula anzi, per quanto riguarda la flessione dell'anca. Non si può concludere senz'altro che la porzione lombare non

sia rigida, ma che l'individuo tenta di esagerare la sua incapacità mediante la fissazione volontaria dell'articolazione dell'anca. È necessario in seguito assicurarsi della integrità dei segmenti vertebrali.

Si invita dapprima il soggetto ad eseguire la flessione in avanti, come si è accennato; se il movimento primario si compie nella spina ed il secondario nell'articolazione dell'anca è improbabile che le vertebre siano coinvolte nel processo; mentre invece quando tale rapporto è invertito e la flessione si esercita dapprima sulle articolazioni dell'anca, si può ammettere una qualche lesione ossea, muscolare o ligamentosa.

Per assicurarsi dell'integrità dei segmenti vertebrali, si introducono le dita di ambe le mani, fra i processi spinosi vertebrali, mentre il paziente si trova in posizione eretta, e lo si invita a portarsi lentamente in posizione eretta. Si sentiranno allora avvicinarsi le apofisi spinose, che, durante la flessione, si trovano allontanate. Se il movimento viene eseguito liberamente e senza dolore si può escludere una lesione locale. Nelle lesioni organiche, la lordosi normale del segmento lombare, viene corretta solo in parte ed è più o meno abolito l'allontanamento delle apofisi spinose. Si può invece concludere per l'assenza di ogni lesione, quando la lordosi viene cambiata in cifosi, e le diverse apofisi lombari sporgono evidentemente.

Tali discordanze si possono anche notare nella flessione laterale. Anche in tal caso, occorrerà notare con precisione il punto che dal paziente viene indicato come leso; se p. e. esso si trova alla terza vertebra lombare, mentre invece si osserva che l'inclinazione laterale della colonna incomincia al *di sotto* di esso, si può concludere per la frode; se invece i segmenti inferiori della colonna rimangono rigidi ed eretti e l'inclinazione si nota a livello o al disopra del punto leso, si può ritenere positiva l'esistenza di una lesione organica.

Le accennate ricerche debbono venire integrate con la radiografia, poichè non è infrequente il caso che delle fratture dei processi trasversi, del sacro, od anche della quinta vertebra lombare, vengano misconosciute.

Quando la radiografia riveli la presenza di osteo-artrite, si può accettare l'origine traumatica, se tali lesioni sono limitate ad una sola vertebra, ma occorre essere molto cauti se vi sono coinvolti parecchi segmenti; in tal caso è probabile che tali lesioni fossero preesistenti e che ve ne siano altre nelle articolazioni periferiche.

A. FILIPPINI.

(26)

Sulla simulazione delle malattie veneree.

(W. PICK. *Medizinische Klinik*, 1917, n. 6, pagina 148).

I casi di malattie veneree simulate, secondo l'autore, non sono rari e si possono calcolare al 5-7 % del totale dei malati di morbi venerei, che capitano sotto osservazione.

La forma più frequente è l'*uretrite blenorragica simulata.* Dal punto di vista anamnestico spesso si osserva non esservi corrispondenza fra l'insorgere delle manifestazioni e la data, per lo più assai lontana, dell'ultimo rapporto sessuale. In molti casi peraltro questa nuova affezione dovrebbe rappresentare solo una recidiva di una malattia più antica.

Ciò che a prima vista risveglia qualche sospetto è la qualità dell'essudato che è abbondante, ma non giallo-verdastro, come nella vera gonorrea recente, bensì bianco e di consistenza come di materiale friabile. Le manifestazioni infiammatorie variano dal semplice eritema dell'orificio sino al notevole indurimento dell'apertura uretrale con chemosi della mucosa: talvolta peraltro, malgrado l'abbondante flusso di materiale essudativo, i fenomeni flogistici sono assai poco evidenti. Se sono stati adoperati mezzi caustici, si ha spesso la formazione di un'ulcerazione all'orificio e la parte visibile della mucosa uretrale appare ricoperta da un'escara biancastra. Spesso si hanno anche causticazioni sul glande, provocate dallo stesso mezzo caustico adoperato.

Assai caratteristico è il comportamento delle orine nella prova dei due bicchieri. Al contrario di quanto suole verificarsi nella vera gonorrea anteriore (prime orine uniformemente torbide), spesso il primo bicchiere contiene urine del tutto limpide con più o meno abbondanti filamenti e detriti. Talora le prime urine sono lievemente torbide, ma anche in tal caso contengono i caratteristici detriti.

L'esame microscopico del materiale che proviene dall'uretra mostra una grande quantità di fibrina con pochi leucociti, intatti o no, e numerose cellule epiteliali. Non mancano qualche volta cocchi e batterii banali, più o meno numerosi.

Per provocare il catarro uretrale spesso si adopera il sapone (che talora viene emesso ancora indisciolto, a pezzettini, dall'uretra) oppure si usano sostanze caustiche (acidi, liscivia, succo di tabacco, ecc.) (1).

---

(1) La simulazione di uno scolo uretrale per mezzo di sostanze grasse, liquide o semisolide, introdotte nell'uretra e che, rivenendo fuori, possono mentire l'essudato blenorragico, non

La *balanite artificiale* è stata anch'essa osservata sulla superficie dorsale del glande, oppure su quelle laterali e in questo caso spesso simmetricamente dall'una parte e dall'altra. Nei casi recenti assume il carattere di *balanite membranacea* per la presenza di una falsa membrana fibrinosa, spessa, verdastro-gialla, che non si lascia facilmente asportare, circondata da un alone rossiccio sul quale si possono talvolta riconoscere i resti di qualche flittena.

In qualche caso la membrana è già caduta lasciando in sito una erosione a superficie rossa e lucente. Sembra che tali lesioni vengano provocate per mezzo di un empiastro a base di cantaridi di cui si è anche qualche volta riusciti a riconoscere i residui in sito. Mentre i casi recenti si possono facilmente diagnosticare per la presenza della membrana fibrinosa e dei resti delle flittene, nei casi più antichi la diagnosi differenziale è assai più difficile o addirittura impossibile.

L'*ulcera molle artificiale* si riscontra per lo più nel solco, ma talora anche sul glande e sul foglietto prepuziale interno.

Essa ha spesso quasi tutti i caratteri dell'ulcera molle vera, con margini tagliati a filo e fondo lardaceo. La superficie circostante può avere l'aspetto della balanite, ma in generale i margini dell'ulcera non presentano fenomeni infiammatorii molto notevoli e non sono così frastagliati come nei veri casi di ulcera molle. I ganglii inguinali possono essere ingrossati e dolenti alla palpazione. Sembra che il mezzo più comune per provocare tali fenomeni consista nell'uso di un sapone contenente un preparato mercuriale solubile. La diagnosi differenziale dalla vera ulcera molle consiste nella mancanza di una forte reazione infiammatoria sulla superficie circostante alla lesione e nella presenza sul fondo di un materiale più fibrinoso, più aderente e meno purulento.

Nei casi dubbii la ricerca degli streptobacilli può essere utilizzata per distinguere queste forme provocate dalla vera ulcera molle.

Non infrequente è la simulazione del *sifiloma iniziale*. La lesione si osserva per lo più nel solco coronario, sull'asta e nell'angolo penoscrotale.

Nei casi recenti si vede un'ulcerazione ricoperta da escara grigio-nerastra con forte reazione infiammatoria della circostante superficie. Quando la lesione ha sede nel solco si possono palpare anche i vasi linfatici induriti e il prepuzio ispessito si comporta proprio come nel vero sifiloma, rovesciandosi *in toto* quando si cerca di svaginare il glande. Nei casi meno recenti anche i ganglii inguinali di uno dei lati o di tutti e due possono essere ingrossati e palpabili.

Se si allontana l'escara resta una superficie ulcerosa che talora ha tutti i caratteri dell'ulcera mista. Dalle ricerche fatte risulta che il mezzo più usato per provocare queste lesioni sia una miscela contenente carbonato di soda, soda caustica, ecc.

La diagnosi differenziale, oltre che sui dati anamnestici forniti dal malato e non sempre corrispondenti all'evoluzione della malattia, si poggia sulla presenza dell'escara secca, nerastra. Se questa è già caduta, la diagnosi della simulazione può essere assai difficile, specie quando vi sia ingorgo dei gangli inguinali più vicini, ed allora non resta che ricorrere alla ricerca del treponema.

Anche i *sifilidermi del periodo secondario* possono venir simulati per mezzo di empiastri a base di cantaridi, di aglio ed altri mezzi che applicati sulla cute dello scroto vi provocano una dermatite la quale, a sua volta, per lo strofinio dei pantaloni può dar luogo ad ulcerazioni tali da far pensare, in quegli infermi che asseriscono di aver avuta la sifilide, a condilomi piani ulcerati. La mancanza di altre lesioni luetiche, specialmente di condilomi piani anali che accompagnano quasi costantemente quelli dello scroto, deve in generale far nascere il sospetto che si tratti di lesioni simulate, e così pure la unilateralità delle manifestazioni. la mancanza di condilomi proliferanti non ulcerati, la presenza della dermatite reattiva con un focolaio nettamente delimitato, ecc. Nei casi dubbii, l'applicazione di una pomata indifferente a base di dermatolo p. es., fa rapidamente guarire le forme provocate (1).

Le simulazioni di *sifilidermi tardivi* sono esse pure non infrequenti: se ne osservano anzi anche in tempo di pace.

In generale si ricorre all'uso di sostanze caustiche (preparati alcalini) per provocare sulla cute lesioni ulcerose le quali, in quei malati che affermano di avere sofferta la sifilide, possono talora venir confuse con sifilidermi no-

---

è rara: in questo caso peraltro non si ha alterazione della mucosa uretrale e non può quindi parlarsi, a rigore, di lesione provocata ma soltanto di simulazione di un sintoma. M.

(1) Anche le placche mucose possono venir simulate: uno dei mezzi più comuni è la rapida e superficiale applicazione sulla mucosa linguale o labiale della sigaretta accesa, ottenendosi così delle ustioni circoscritte, che in uno stadio avanzato e ad un occhio non esperto possono mentire la vera placca erosiva od ulcerata. M.

dulo-ulcerati. La diagnosi differenziale è abbastanza semplice nei casi di fresca data. La presenza dell'escara, provocata dal caustico, e che abitualmente è ad un livello più basso della cute circostante, e l'assenza di un infiltrato gommoso ai margini della lesione debbono metterci in sospetto sulla vera natura della manifestazione. Quando però è allontanata l'escara, si può verificare una notevole infiltrazione infiammatoria nei tratti di cute circostante, e sulla superficie dell'ulcera aversi la presenza di un materiale fibrinoso aderente, così da risultarne il quadro di una gomma ulcerata. In questi casi la diagnosi differenziale può riuscire difficile e per escludere la sifilide bisogna por mente ai caratteri delle vecchie cicatrici, se ve ne sono, e ricercare se nei tratti circostanti alle lesioni vi sia traccia di ustioni di primo o secondo grado per l'azione degli stessi liquidi caustici i quali, scorrendo al di là dei punti nei quali volevasi provocare la manifestazione ulcerosa, sono causa di altre lesioni più superficiali. V. MONTESANO.

Simulazioni diverse.

Lo spirito inventivo dei simulatori è tanto sconfinato che sarebbe impossibile citare tutti gli artificî a cui essi ricorrono; riteniamo però utile di riportarne alcuni, non enumerati nei lavori speciali; li desumiamo in gran parte da un lavoro di E. Blum, riferito nel *British med. Journal* del 19 maggio.

I disturbi gastrici vengono talvolta provocati artificialmente mediante l'ingestione di olio mescolato con tabacco: si accompagnano spesso a tachicardia e ad itterizia; questa viene anche provocata fumando nella pipa una miscela di antipirina e tabacco. Non infrequente sarebbe la simulazione della tenia, mescolando le proglottidi alle feci; sembra anzi che i possessori di tenie si guardino bene dal guarire radicalmente, facendo un attivo commercio delle proglottidi che eliminano.

L'introduzione di aglio o di tabacco nell'ano conferisce all'individuo un aspetto ansioso che lo fa ritenere a prima vista ammalato.

Anche i tumori vengono artificialmente provocati mediante iniezioni sottocutanee di paraffina; essi scompaiono facilmente con delle applicazioni ben calde. Non sono mancati poi individui che, allo scopo di mostrare uno stato di debolezza generale, sono ricorsi oltre che all'aceto, all'acido arsenioso, al piombo, al mercurio. Molti esagerano la loro corpulenza mangiando a crepapelle e bevendo acque gazose a profusione.

Interessanti e frequenti sono pure le simulazioni basate su modificazioni dell'urina. Talvolta viene mescolato all'urina dell'albume d'uovo, ma questo può venire anche iniettato in vescica, mediante un catetere; un attento esame dell'urina (quantità, peso specifico, esame microscopico, ecc.) potrà mettere sulla buona strada. Talora, in soggetti predisposti, si sono vedute albuminurie con edemi provocate dall'ingestione, continuata per parecchi giorni, di grandi quantità di sale comune nel latte.

La poliuria del diabete insipido può venir provocata bevendo grandi quantità di acqua, difficilmente però si raggiungerà il bassissimo peso specifico caratteristico. Anche il diabete mellito può venire simulato; i più ignoranti aggiungono all'urina del saccarosio; si nota allora un alto peso specifico e nessuna riduzione del liquido di Fehling; qualche volta però, nell'urina conservata un po' a lungo, si può avere una parziale inversione del saccarosio ed una certa riduzione del Fehling, affatto minima però, in confronto dell'alto peso specifico. Di tali casi se ne trovano diversi nella letteratura.

Più spesso viene adoperato il glucosio, introdotto in vescica. Non è da escludersi la possibilità che la glicosuria venga provocata con la florizina o con l'ossalato d'ammonio. In questi casi basterà, per la pratica, tenere in riposo il paziente, sotto sorveglianza; le ricerche analitiche si faranno sull'orina raccolta in seguito.

FIL.

Venezia, 28 maggio 1917.

Ch.mo sig. Direttore del «Policlinico»,

Nel suo interessante numero di ieri, destinato alla illustrazione di lesioni volontarie e di simulazioni nella vita militare, trovo fatta larga parte all'ittero da acido picrico, ed alle ricerche atte a svelarne i residui nelle orine, ed a *bollare perciò a giallo* il soldato sospetto di dolo.

Mi permetta di segnalarle un ittero fraudolento, che avrebbe da tali ricerche assoluzione. Si trova raramente nei soldati sospetti l'acido picrico, perchè essi hanno sotto mano un prodotto più comodo. Sonvi di quelli che ingoiano la polvere di una cartuccia, e ne soffrono gravi disturbi gastroenterici. Dopo tre giorni di tale *cura*, l'ittero è quasi garantito. Ora in tale forma è vano correr dietro all'acido picrico od ai suoi derivati, poichè il tossico è la solenite, i cui componenti, balistite, anilina, ecc., possono combinarsi sotto forma di dinitrobenzene, che provoca facilmente itterizia, eventualmente con macchie rosse negli occhi. Credo bene, poichè pochi vi accennano, segnalare alla vigilanza dei medici codesta manovra fraudolenta.

D. GIORDANO.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione Nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla Vigilanza Igienica. — La Presidenza federale ha ritirato le dimissioni in seguito al seguente *ordine del giorno* proposto dal consigliere federale dott. Cingolani ed approvato ad unanimità dal Consiglio direttivo nella riunione straordinaria del 19 maggio u. s.:

« Il Consiglio federale, *presa visione* delle lettere inviate dal presidente dell'Associazione dei capi uffici d'igiene e dai due rappresentanti della medesima, implicanti la piena fiducia nella presidenza federale,

« *esprime* fiducia inalterata nella presidenza stessa, e *la invita* a ritirare le dimissioni ».

Ordine dei medici di Milano. — Il 28 maggio si è tenuta una riunione per discutere intorno all'atteggiamento politico dell'on. Brunelli, rappresentante della classe nel Consiglio superiore di sanità, nonchè intorno a tutto l'atteggiamento ed all'azione del Consiglio dell'Ordine di Milano, presieduto dal consigliere comunale socialista dott. Filippetti, nei riguardi della guerra nazionale e dei problemi dell'attuale ora storica.

L'assemblea era presieduta dal sen. Mangiagalli. Dopo lunga e vivace discussione, venne approvato all'unanimità, meno i voti del prof. Pini, del dott. Fanoli e del dott. Parola, il seguente ordine del giorno:

« I medici milanesi, convinti che in quest'ora decisiva per i destini della Patria tutti gli italiani debbano congiungersi insieme nella lotta contro il nemico più insidioso del fronte interno, mentre si accingono a recare tutto il loro contributo all'esaltamento dell'energia nazionale, dichiarano il loro profondo insanabile dissenso del sedicente apoliticismo dei dirigenti del proprio Ordine e si associano agli Ordini di altre provincie che numerosi proclamarono incompatibile la permanenza dell'onorevole Brunelli nella qualità di rappresentante della classe nel Consiglio superiore di sanità ».

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico 43enne, praticissimo condotta, esente militare, cerca buon interinato. Dirigere offerte: Segretario Associazione Campana Medici Condotti, Roccadevandro (Caserta).

Medico-chirurgo lunga pratica, subito disponibile, cerca posto Roma o nei Castelli Romani. Rivolgersi dottore A. A., via Famagosta, 45, interno 11, Roma.

Medico 38enne disponibile subito come interino, preferibilmente provincia romana.

Offerte N. di Loreto, via Messina, 40, Roma

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6845) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. G. L. da M. — Al medico che stando sotto le armi disimpegna servizio di condotta, cui fu comandato di ufficio, non compete speciale indennità. Ella, quindi, seguiterà a percepire lo stipendio militare come per lo innanzi, e, se non appartiene a classe di leva chiamata alle armi, potrà pretendere l'indennità giornaliera di lire 5.00.

(6847) *Ufficiale sanitario. - Nomina. - Pagamento.* — Dott. P. Z. da A. — Per ottenere la paga inerente all'ufficio di ufficiale sanitario occorre innanzi tutto avere la relativa nomina, sia pur provvisoria, da parte del Prefetto della Provincia ed esercitarne di fatto la funzione. Promuova in suo favore il detto decreto e quando l'avrà ottenuto potrà chiedere il pagamento della somma stanziata in bilancio per compenso all'ufficiale sanitario.

(6849) *Pensioni.* — Dott. G. M. da V. — Al padre di un medico condotto defunto non compete nè pensione nè indennità. La legge sulle pensioni ammette la riversibilità solamente in favore della vedova e della prole.

(6851) *Contributo del centesimo di guerra.* — Dott. G. C. da M. — Non ostante che lo stipendio che Ella attualmente percepisce sia esente dalla ricchezza mobile è tenuto a pagare il contributo del centesimo di guerra, perchè questo è essenzialmente diverso dalla ricchezza mobile e si paga su qualsiasi somma che si riceva a carico del bilancio comunale.

(6853) *Ufficiale sanitario provvisorio. - Nomina. - Requisiti.* — Dott. G. A. da C. — L'articolo 18 del testo unico delle leggi sanitarie attualmente in vigore tassativamente prescrive che l'ufficiale sanitario è nominato dal Prefetto nella persona del medico condotto in quei comuni, ove non sia possibile l'esercizio separato delle due funzioni. In tutti gli altri casi l'ufficiale sanitario deve essere scelto fuori dei medici condotti. Tale norma si applica anche alle nomine che, per rimpiazzi o temporanee sostituzioni, si avverano attualmente mentre sono sospesi i concorsi e molti titolari, debitamente nominati, si trovano fuori della propria residenza per essere a servizio del R. Esercito.

Non può, pertanto, ritenersi illegittimo il recente Decreto con cui il Prefetto, esonerando dalla carica di ufficiale sanitario, di cui era provvisoriamente investito, il medico condotto, abbia nominato in sua vece un libero esercente. Illegittimo era, invece il precedente Decreto con cui veniva incaricato il medico condotto, ma contro tale decreto non fu prodotto ricorso nè ora è più il caso di parlarne perchè oramai esso fu revocato con l'altro posteriore. Nè puossi scrutare se il libero esercente, assunto alle funzioni di ufficiale sanitario, abbia i titoli tecnici specifici per ben esercitare il delicatissimo ufficio, giacchè la mancanza o la deficienza di tali titoli mentre potrebbe determinare contesa fra due liberi

professionisti aspiranti al medesimo posto non può dare adito a ricorso fra medico condotto e libero esercente, perchè quest'ultimo per la sua posizione ha sempre a norma di legge, diritto a preferenza.

(6854) *Pensioni. - Sessennii.* — Abbonato 1134 G. S. — Con 67 anni di età e 40 di servizio liquiderà l'annua pensione massima di lire 3000. Se ora già gode due sessennii non v'ha dubbio che potrà ottenere il terzo al compimento del sesto anno di servizio da quello in cui ottenne il secondo. Se trattasi di sessennii arretrati occorre vedere il capitolato per scorgere se tale diritto fu concesso col computo integrale degli anni di servizio dal dì della nomina, o veramente a decorrere dalla data dell'approvazione tutoria impartita all'atto consiliare relativo.

Stando a quanto Ella dice, parrebbe che Ella dovesse compiere altri cinque anni di servizio per ottenere il terzo sessennio.

Dottor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 2385:

Quasi tutti i servizii civili sono coperti. Il fatto di aver presentata domanda e persino di esser stato richiesto *ad personam* dall'autorità civile interessata, non basta però sempre a far trasferire l'ufficiale dalla zona di guerra, quando le autorità locali militari diano parere contrario per ragioni di servizio, o per altre ragioni.

All'abb. n. 7207:

L'essere idoneo al servizio negli stabilimenti territorializzati non esonera dall'essere inviato in zona di guerra e persino in quella di operazioni, dove stabilimenti territorializzati non mancano.

Al dott. C. I., Zona di Guerra:

Non esiste un libro di questo genere. Potrà trovare qualche cosa per la parte medico-legale sulla medicina legale militare del Quinzio. Pei bagni, esiste il regolamento: «Norme sul Servizio Balneario Militare».

Al dott. V. Z., C. R. I.:

Il collega non aveva obblighi di servizio militare perchè in congedo assoluto, ma ha poi contratti nuovi obblighi con la Croce Rossa.

In base a questi egli è stato a buon diritto inviato in zona di guerra, ecc.

Circa il suo avanzamento, segue le norme del regolamento di avanzamento degli ufficiali della Croce Rossa.

All'abb. n. 1770:

Come già si è accennato altre volte, i medici civili che hanno ricevuto un grado pel tempo della guerra in base ai loro titoli non possono conseguire l'avanzamento che per proposta di promozione per merito eccezionale, non esistendo nel ruolo degli ufficiali di complemento la promozione ad anzianità al grado di maggiore.

All'abb. n. 3418:

Si può osservare che il collega ha accettato incondizionatamente la nomina a medico condotto ben sapendo che sarebbe stato comandato a tale servizio, rivestendo il grado e percependo gli assegni di tenente.

Sta di fatto però che se la condotta è faticosa e le località ove deve prestar servizio molto lontane l'una dall'altra, sarà interesse del Comune stesso di fornire al proprio medico i mezzi di trasporto, ed egli può sollecitarli facendone notare la indispensabilità.

Bisogna bensì tener presente che questi sono tempi *di sacrificio e di sofferenza* per tutti.

All'abb. n. 1575:

L'ufficiale in congedo in stato di indisponibilità non può conseguire promozioni.

All'abb. n. 7772:

Non esiste alcuna disposizione la quale stabilisca che i medici che hanno avuto la perdita in guerra di uno o più membri della famiglia, abbiano diritto a non essere mandati nelle prime linee.

All'abb. n. 8201:

Agli effetti dei limiti di anzianità per la iscrizione nei quadri di avanzamento il termine decorre dal 28 dicembre 1914, nella quale data Ella è stato nominato tenente.

All'abb. n. 3845:

Nel *corpo sanitario* le promozioni dei tenenti a capitano sono state fatte a tutta l'anzianità del 3 aprile 1913 e non a quella del 10 novembre 1915 come crede il collega. Nulla quindi da fare.

All'abb. n. 2031:

Il collega può benissimo far domanda di assimilazione. Può scegliere l'ospedale e la residenza ove far servizio solo entro certi limiti ed è poi soggetto a non frequenti, ma possibili mutazioni per imprescindibili necessità di servizio.

Non ha obbligo di divisa. Data la sua anzianità la Commissione gli conferirà probabilmente il grado di capitano. Può poi avanzare di grado in base ai titoli che presenta.

Al dott. B. T., Zona di Guerra:

Probabilmente il collega è stato nominato per anzianità, mentre la promozione del novembre avvenne per titoli. Non vi è quindi da reclamare.

All'abb. n. 2663:

Malgrado la dichiarazione della commissione di Firenze, il collega può sempre far domanda, al Ministero, della promozione al grado di tenente, per titoli.

M. G.

Al dott. A. P., Zona di Guerra:

Per gli ufficiali della Croce Rossa non vi è nessuna disposizione che autorizzi tale promozione.

Al dott. G. F., Zona di Guerra:

La Presidenza della C. R. I si occupa da vario tempo della importante questione dell'avanzamento del personale, in specie sanitario. Si hanno buone speranze che il Ministero della guerra, che è stato vivamente interessato in proposito, risolverà benevolmente la cosa, accogliendo la proposta già fatta, di applicare cioè al personale della C. R. la circolare n. 752 del *Giornale militare* 1916, ed evitare così ogni disparità di trattamento fra i suoi ufficiali e quelli del R. Esercito.

Però fino ad oggi il Ministero non ha voluto che la detta circolare fosse applicata.

O. O.

NOTIZIE DIVERSE

Un nuovo grande Ospedale in Roma.

È in progetto la costruzione di un nuovo grande Ospedale sull'altipiano di Monteverde, in un'estensione panoramica salubre, non lontano dalla nuova stazione di Trastevere. L'area, di proprietà della Amministrazione di S. Spirito, è vasta 40,000 mq.

Secondo il piano regolatore, che viene preparato dall'ing. Catterina, degli Ospedali Riuniti, la costruzione del nuovo Ospedale sarà a padiglioni e servizi isolati.

Nel primo periodo di costruzione l'Ospedale avrà una capacità di 600 letti, allo scopo poter subito sostituire l'Ospedale di S. Spirito; ma i fabbricati per i servizi generali saranno costruiti in modo da rendere possibili gli ampliamenti ulteriori, fino ad una capacità massima di 2000 letti.

L'Ospedale di S. Spirito rimarrebbe adibito ai malati cronici, che ora sono confinati negli ospedali di provincia (Viterbo, Civitavecchia, Civitacastellana e altri minori).

In un secondo periodo il nuovo Ospedale dovrà assorbire alcuni ospedali minori, come la Consolazione e S. Giacomo, che, per trovarsi a ridosso di abitazioni, costituiscono una permanente ragione di disagio per la vita cittadina non meno che per quella ospedaliera e che rappresentano un onere assai grave per le finanze dell'Istituto, a causa delle rilevanti spese generali. Questi ospedali saranno ridotti a posti di pronto soccorso, con dotazione di letti, e manterranno qualche corsia; a S. Giacomo resteranno pure gli ambulatori.

In un terzo periodo l'Ospedale di Monteverde dovrà provvedere ai bisogni della crescente popolazione.

Attuato questo piano, mentre verranno istituite, nelle varie zone della città, sufficienti stazioni di pronto soccorso ed ambulatori, Roma avrà alla periferia tre grandi Ospedali, cioè il Policlinico ad oriente, il Nuovo ad occidente e l'Ospedale di S. Giovanni a mezzogiorno, integrato quest'ultimo dall'Ospedale Militare e dall'Ospizio dell'Addolorata, che trovansi nelle vicinanze.

A S. Giovanni l'attuale Sanatorio-ospizio per tubercolotici sarà ridotto ad ospedale per le malattie comuni, non appena potranno essere edificati i sanatori nuovi al mare ed alla tenuta della «Insugherata».

Il costo del nuovo grandioso Ospedale è preventivato in 5 milioni, ma l'oculata Amministrazione attuale ha già potuto accantonare 7 milioni per questo lavoro.

Per la lotta antitubercolare.

È sorto in Roma un «Comitato pro famiglie dei tubercolosi», con lo scopo di provvedere all'assistenza delle famiglie più bisognose nel periodo di cura di chi è unico loro sostegno e di curare i convalescenti, fino a che abbiano potuto riprendere le loro ordinarie occupazioni.

L'iniziativa è stata promossa dal sen. Guglielmo Marconi e vi ha aderito la «Tribuna». Le oblazioni possono inviarsi ai due indirizzi: Ufficio Marconi, via del Collegio Romano, e Uffici della *Tribuna*, via Palermo.

Per la disciplina dei consumi.

La Commisione Centrale di propaganda per la limitazione dei consumi istituita dalla Federazione Nazionale tra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica, ha diramato una circolare che sollecita ad un'opera utile ed attiva di propaganda. La circolare è stata spedita a tutti i membri delle Associazioni Federate, agli Uffici Sanitari dei capoluoghi di Provincia e Circondario, ai Presidenti degli Ordini dei Sanitari (medici, veterinari, farmacisti) e delle Sezioni dell'Ass. Naz. medici condotti e della Associazione Nazionale Veterinazia Italiana, alle Organizzazioni ed alla Stampa sanitaria.

Un interessante *Numero unico* del quale è stata fatta una tiratura di 200,000 copie, compilato dai membri della Commissione centrale predetta e pubblicato a cura del Comitato Ministeriale, è stato spedito ai Sindaci, Medici, Veterinari, Farmacisti e Maestri di tutti i Comuni del Regno.

Un'altra nave-ospedale inglese silurata.

Nel Mediterraneo, il 26 corrente, la nave ospedale inglese *Dover Castle* è stata silurata senza preavviso una prima volta alle 6 del mattino e una seconda alle 8.30. La nave è affondata. Tutti i malati, gli infermieri e le infermiere ed i medici hanno potuto essere trasbordati su altre navi; così pure tutto l'equipaggio, eccetto sei uomini, che si ritengono uccisi dall'esplosione.

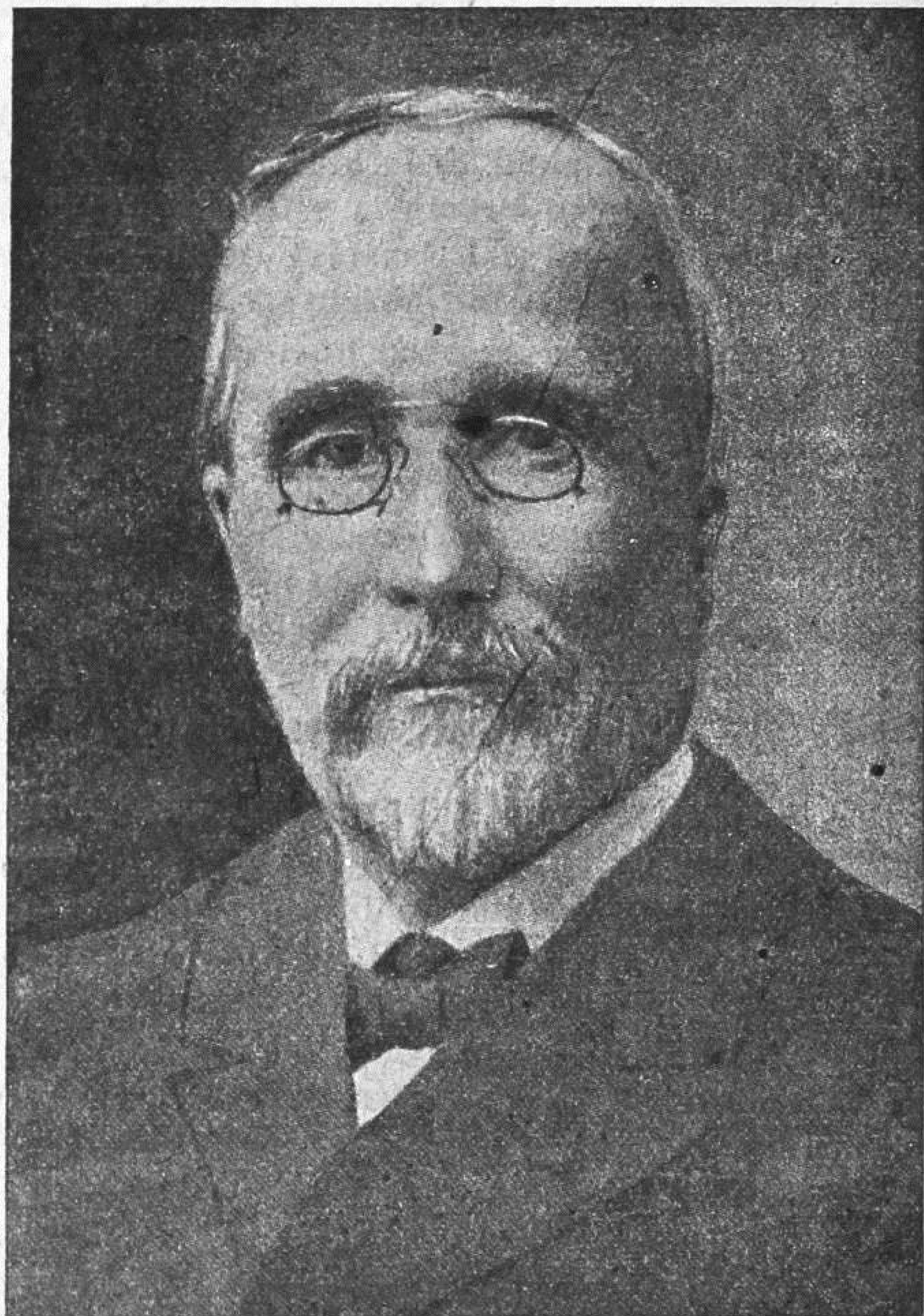
LUIGI LANDOUZY.

Il decano della Facoltà di Medicina di Parigi è morto, soccombendo ad una grave e lunga malattia

Immenso è il lavoro compiuto in più di un mezzo secolo da questo grande medico francese, come patologo, come clinico, come fisiologo, come terapista, ed anche come igienista e medico sociale. Landouzy, figlio e nepote di medici di campagna, arrivò a Parigi nel 1867. La guerra del 1870 lo trovò interno degli ospedali e durante essa ebbe agio di esplicare tutta la sua meravigliosa attività: 44 anni più tardi il decano della Facoltà di medicina di Parigi riprende nuovamente il suo posto di combattimento, fiero e felice di dare ai sofferenti, fino all'estremo di sua vita, i tesori della sua esperienza e della sua grande bontà.

I primi lavori di Landouzy si riferiscono alla Neuropatologia e sono di quell'epoca gli studi sulle «Convulsioni e le paralisi legate alle meningo-encefaliti fronto-parietali», sul «Valore semiologico della deviazione coniugata degli occhi e della rotazione della testa», sulla «Miopatia atrofica progressiva ad inizio facio-scapolo-omerale», conosciuta oggi col nome di «Miopatia atrofica, tipo Landouzy-Déjerine». Frattanto il giovane studioso conquista

i suoi gradi: nominato capo di Clinica della Facoltà nel 1877, diviene nel 1879 medico degli Ospedali di Parigi e professore aggregato nel 1880. Poco tempo dopo dimostra, fra i primi, la natura specifica di un gran numero di aortiti e di aneurismi miliari della arteriole encefaliche e riannoda alla sifilide l'immensa maggioranza, per non dire l'universalità, delle leucoplasie boccali.



Infine in un'epoca in cui i sifilografi, quasi senza eccezione, proclamavano la non contagiosità degli accidenti terziari della sifilide, Landouzy, con prove cliniche, stabiliva la possibilità, se non la frequenza, dei contagi specifici anche al di là del periodo secondario.

Di poi fu dimostrata la presenza della spirocheta nelle antiche lesioni gommose. Si fa in seguito banditore di una nozione nuova, quasi rivoluzionaria per l'epoca nella quale fu enunciata: la quasi totalità, cioè, delle manifestazioni patologiche, che si fissano negli organi e sui tessuti, non sono che affezioni sintomatiche di una infezione, o di una intossicazione causale: *esse non sono malattie.*

Il periodo dal 1881 al 1893, che termina colla nomina di Landouzy a professore della Facoltà di Medicina di Parigi, è il più fruttuoso nella sua opera scientifica. Studia le angine infettive, le manifestazioni renali delle malattie infettive, gli pseudo-reumatismi infettivi, gli itteri infettivi, la zona, le localizzazioni angio-cardiache della febbre tifoide. Nell'anno stesso 1882, in cui Roberto Kock isola il bacillo della tubercolosi, Landouzy per primo fa conoscere che la pleurite acuta è il più spesso una manifestazione tubercolare. Da questo momento orienta i suoi studi verso questa terribile malattia e si vota alla lotta contro di essa. Fa quindi oggetto di studio tutte le forme larvate della tubercolosi, la nevralgia sciatica, l'asma, la clorosi, le anemie emolitiche, le nefriti, le endocarditi e le artriti dovute al bacillo ed isola nella tubercolosi acuta un tipo nuovo, la Tifo-bacillosi. Dopo il 1886 affronta il problema ereditario della tubercolosi, giungendo a conclusioni originali, che resistono tuttora alla investigazione ed alla critica, e diventa uno dei più ardenti campioni della preservazione antitubercolare. Una delle ultime memorie da lui scritte, circa un anno fa, si riferisce a questo suo ormai prediletto argomento. Egli in essa si domanda se l'appendicite acuta non sia una tubercolosi larvata e riporta le storie cliniche di 26 operati, nei quali l'appendicite acuta classica ora segue, ora accompagna ogni specie di manifestazioni bacillari e precede d'ordinario la tubercolosi polmonare.

L'opera sociale di Landouzy contro il terribile flagello non si limita alle ricerche ed agli scritti scientifici; egli prende diretta parte alla lotta fondando sanatori popolari e dispensari antitubercolari, spesso ostacolato ed avversato. Membro della Commissione consultiva di igiene ed epidemiologia al Ministero della guerra, durante la lotta attuale scrisse un memorabile rapporto sulla guerra e la riforma del soldato tubercoloso, sostenendo il dovere dello Stato di assumere l'onere dell'assistenza e della preservazione dei conviventi di quelli da lui denominati *Feriti di tubercolosi*, i quali avrebbero gli stessi diritti degli altri feriti della guerra.

La Facoltà di Medicina di Parigi lo nominò nel 1893, a 48 anni, professore di terapia ed un libro, «La Siérotérapie» uscì ben presto dalla sua penna. Nel 1899 organizzò i viaggi di studi medici alle stazioni francesi di acque minerali.

Tale in succinto la prodigiosa attività di questo grande Maestro, di questo Medico sociale, di questo forte lottatore, del quale oggi tutta la Francia lamenta la perdita dolorosa.

P. C.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 10 giugno 1917* Fasc. 24

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

SERVIZI SANITARI.

Necessità di modificare il servizio oculistico nell'esercito.

Considerazioni del prof. G. CIRINCIONE (Roma).

La esperienza raccolta in questa guerra impone il dovere di modificare profondamente l'attuale Elenco delle infermità oculari che dànno luogo ad inabilità assoluta o temporanea. Da tutti è stato osservato che molti individui atti alle armi vengono esonerati indebitamente ed inoltre che elastici sono i confini di alcune infermità, per cui al regolamento si sostituisce il criterio del militare preposto alle operazioni di rassegna, vuol dire un criterio necessariamente non uniforme, onde individui dichiarati abili in una regione sarebbero stati dichiarati inabili in altre e viceversa.

Lo spirito innovatore del novello elenco delle infermità dovrebbe avere per base la obbligatorietà delle operazioni oculari e di qualsiasi altra parte del corpo (dimodochè non avvenga mai più quanto avviene oggi, e cioè che un individuo custodisca accuratamente un malanno rimediabile, fino al giorno in cui il Consiglio di leva, per esso non ne proclami la incapacità al servizio militare. È immorale la

pratica e quasi colpevole il regolamento che favorisce questo istinto perverso. Quando sarà conosciuto dai cittadini che una deformità delle palpebre (ectropion, ecc.) e della cornea (dermoide, pterigio, ecc.) e che una dacriocistite od uno strabismo mostruoso non dà più luogo alla esenzione dal servizio militare, i parenti provvederanno di buon ora a restituire l'aspetto normale ai loro figliuoli migliorando così la estetica e la funzione: un piccolo dermoide estirpato nei primi anni dopo la nascita, lascia dietro di sè una cornea normale nella parte ottica, la qual cosa quasi mai avviene quando l'operazione vien fatta dopo i venti anni; l'occhio deviato finisce col perdere l'uso della funzione visiva, mentre raddrizzandolo in tenerissima età si evita l'ambliopia *ex non uso;* una palpebra deformata può essere causa di panno corneale e opacità indelebile della cornea con relativa diminuzione del valore funzionale e così per altre malattie guaribili.

All'operazione obbligatoria si fanno delle obbiezioni che in apparenza hanno del peso, ma in sostanza non ne hanno. Si dice infatti, che obbligare la recluta a sottoporsi ad atto operatorio sarebbe lo stesso che esercitare una coercizione corporale, non, permessa dallo Stato che garantisce la libertà personale; d'altra parte, si dice ancora, lo Stato rischierebbe di rispondere con troppa frequenza a richieste di danni nei casi in cui l'operazione non desse risultato favorevole. Alla prima obbiezione è facile rispondere col constatare che la più grave costrizione della libertà è quella che la legge impone all'individuo di abbandonare il tetto natio, famigliare, i propri agi ed interessi, per intraprendere una vita di privazioni ed un lavoro al quale egli non è stato abituato e che, per la massima parte dei casi, non è neppure gradito.

Di fronte a questa coercizione l'obbligo di rendere più sano il suo corpo non è più una menomazione della sua libertà, ma un richiamo all'adempimento di un dovere verso sè stesso e la società che egli aveva trascurato. Quindi dal punto di vista etico il regolamento attuale non provvede come esso dovrebbe.

Nè più efficace è l'altra obbiezione che implica il concetto di una inferiorità dei medici militari rispetto ai civili.

Io non arrivo a comprendere perchè debba farsi un appunto così grave all'abilità dei medici militari. Oggimai dobbiamo constatare con orgoglio che i sanitari del nostro esercito nell'ultimo ventennio hanno rivoluzionato la opinione pubblica: in tempo passato un medico militare voleva dire un uomo ignorante dell'arte sua; ma ora il caso è ben differente essendo prevalsi nell'amministrazione della sanità militare i concetti adeguati, per determinare stimoli possenti fra i giovani medici, sia con l'avanzamento a scelta, sia con le missioni speciali, il cui definitivo risultato è stato quello di avere un corpo militare abilissimo nella medicina e chirurgia generale, ed anche nelle singole specialità. E potrei nominare l'uno dopo l'altro senza cercare nella mia memoria, una dozzina di valenti oculisti militari (e così di valenti otoiatri, neurologi, ecc.) onde si può affermare che non esiste alcuna Direzione di sanità militare del Regno, che non abbia sotto mano uno specialista di valore, al quale affidare il coscritto che deve subire la operazione oculare, con la sicurezza che essa seguirà le stesse probabilità di ottimo successo come se venisse eseguita dai medici civili più provetti.

È assai ingiusto ed anche un po' umiliante per il medico militare, il sentirsi rispondere da un contadino, che carezza la sua fistola anale, la sua ernia, od il suo pterigio ferace di riforma, con un rifiuto categorico al suo invito a guarirlo, con la costante dichiarazione « io non voglio essere toccato con i ferri » ed il medico militare è obbligato a proporre la riforma dolente e disgustato che il regolamento permetta tanto scempio della sua dignità e del buon senso. Le autorità alte non hanno ancora sufficiente fiducia nella capacità dei propri dipendenti ed è un errore che bisogna presto correggere.

È vero che adottando un simile concetto fondamentale ne verrà un'altra necessità, quella cioè di selezionare i medici militari in modo da avere specialisti di ogni specie per le cure delle diverse malattie.

Fin'oggi questo concetto non è stato favorito anzi non è entrato nella mente dei capi militari. E ricordo che un generale di sanità illustre per il posto occupato, ma altrettanto incompetente, rispondeva ad un senatore, veramente grande e benemerito delle scienze mediche, il quale lamentava la quantità degli errori grossolani commessi dai giovani medici al nostro fronte e che gli suggeriva il rimedio di sostituirli con gli assistenti provetti delle cliniche e dei riparti ospedalieri, egli rispondeva: hanno la laurea e dunque devono saper far tutto! e così continuarono per fortuna non a lungo, ostetrici, anatomici, fisiologi e chimici a tagliar gambe, a cavar globi oculari con tutta la congiuntiva, a cucir palpebre a rovescio, sì che a lasciarli fare come voleva quell'incompetente, alla fine della guerra pochi

soldati avrebbero portato le quattro membra a casa!

Il concetto della specializzazione è complesso ma non inattuabile e non sarà certo una difficoltà grande per le menti sagaci, fattive e lungimiranti che in questo momento regolano le sorti della sanità militare del Regno.

Ad ogni modo a me pare che esso sia emerso come una necessità ineluttabile, dopo l'esperimento di questa grande guerra, ove il criterio delle specializzazioni ha trovato una completa attuazione, con immenso vantaggio dell'Erario e dell'esercito; perchè il ferito curato bene mantiene alto il proprio morale, guarisce presto e può ritornare valido al fronte, laddove perfettamente il contrario avveniva nell'inizio della nostra campagna.

Or ciò che si è fatto nella zona di guerra dovrebbe anche attuarsi nella zona territoriale come preparazione pel nuovo assetto da dare all'assistenza militare, anche in tempo di pace.

Invece nella zona territoriale attualmente regge mediocrità d'indirizzo fra il volèr fare e non fare, ossia più una parvenza d'indirizzo conforme alle esigenze moderne che una essenza reale.

Chi vada, nello stato attuale, a fare un giro per le singole regioni territoriali, troverà infermerie presidiarie ovunque, con pochi o molti letti, spesso in locali inadatti, e vedrà sparsi fra ammalati comuni, gli oftalmici di ogni genere.

La cura di questi oftalmici, ho visto spesso, è lasciata agli aiutanti di sanità od ai serventi e la diagnosi qualche volta offende il senso comune. Ciò è conseguenza inevitabile della pretenzione che un medico, per lo più giovane e non ricco di esperienza clinica, curi malattie varie (veneree, cutanee, chirurgiche, infettive, otoiatriche, oftalmiche, ecc.) oltre a ciò un numero considerevole d'infermi (50 e più) è affidato talvolta ad un solo medico militare non versato in alcuna specialità. Il danno è duplice: malattie oculari di gravità eccezionali con rapidissimo decorso (come le congiuntiviti blenorragiche) rimangono non diagnosticate e trascurate per più giorni, durante i quali spesso la cecità si stabilisce definitivamente con la distruzione della cornea: altre malattie contagiose come il tracoma vengono propagate da un infermo all'altro, e moltissimi in genere sono gli infermi che rimangono per settimane e mesi in queste infermerie presidiarie. Dove gli oftalmici sono in numero considerevole si vedono qui e là istituiti riparti particolari affidati alle cure di un orecchiante, più o meno prudente, la cui attività rimane spesso paralizzata dalla mancanza di suppellettili ed assistenza, che non si provvedono con gli ordini del giorno. Ho veduto riparti oftalmici dove la nettezza, la luce e l'aria erano elementi sconosciuti.

Si può pensare che questi inconvenienti debbano necessariamente essere inevitabili per i distaccamenti, grossi o piccoli, di truppe inviate in località lontane dal centro, dove non è possibile destinare ad ogni riparto un oculista militare, nè trovarne uno sul luogo: necessità di adattamento. Ma non è esatto. Questi inconvenienti si constatano anche nei grandi centri, ed anche perfino ove ha sede il comando dell'armata, poichè è il sistema che non corrisponde, cioè quello di provvedere alla spicciolata con la creazione di sempre nuovi reparti oftalmici mano a mano che il numero dei soldati oftalmici s'accresce.

E la conseguenza inevitabile è quella di non trovar più il numero necessario di oculisti provetti, cui affidare questi riparti.

Così ad esempio, per non uscire di casa nostra, abbiamo niente di meno che 5 ospedali per gli oftalmici militari e riparto osservazioni:

R. Clinica oculistica (100 letti); un tenente-colonnello, due capitani e un sottotenente.

Umberto I (80 letti); un maggiore e un tenente.

S. Anselmo (50 letti); un capitano e un sottotenente.

Celio (100 letti); tre maggiori e due capitani.

Principe di Napoli (80 letti); un capitano.

Croce di Malta (20 letti); un capitano.

Per curare meno di 500 oftalmici abbiamo nella sola città di Roma (non tengo conto dei riparti oculistici dipendenti dal corpo d'armata di Roma e che sono sparsi nella regione: Perugia, ecc.) 5 ospedali diversi e 16 oculisti militari di cui un tenente-colonnello, 4 maggiori, 8 capitani, un tenente e un sottotenente e dal numero degli ufficiali si arguisca poi il numero dei soldati di sanità e graduati subalterni che debbano accudire ai cinque riparti oftalmici disseminati nella città.

Invece un ospedale oftalmico di 600 letti suddiviso in quattro sezioni avrebbe potuto accogliere tutti gli oftalmici dell'intero corpo d'armata e provvedere, con la quarta parte di quel personale tecnico, ai servizi medico-legali.

1. Oftalmie semplici con isolamento delle blenorragiche.
2. Tracomi congiuntivali.
3. Oftalmie provocate.
4. Osservazioni oftalmiche.

A ciascuno di questi riparti si avrebbe po-

tuto destinare un capitano ed un sottotenente ed alla direzione un maggiore oculista.

Or salta agli occhi di tutti il vantaggio di un simile concentramento. Innanzi tutto verrebbe a stabilirsi la emulazione fra i diversi servizi ed un controllo rigoroso e reciproco sulle diagnosi e cure adoperate, e quel che maggiormente interessa, si avrebbero criteri medico-legali ben ponderati e conformi allo spirito, più che alla lettera, del regolamento militare. Non è chi non sappia quanto lasci a desiderare la mancanza di uniformità dei criteri sui provvedimenti medico-legali, che rappresenta un fomite di indebita larghezza o di ingiuste restrizioni: un collegio oculistico presieduto dal maggiore e dai capitani dei riparti eliminerebbe senz'altro i supposti favoritismi e gli errori, che, date le disposizioni troppo minuziose e pur imprecise dell'attuale regolamento, sono assolutamente inevitabili, si otterrebbe risparmio di energie, economia ed equità nei provvedimenti.

La creazione di un ospedale oftalmico per ogni corpo d'armata è facilitato dalla possibilità d'internare in esso, in poche ore di ferrovia o di automobile, senza ritardo, qualunque militare, tosto che egli accusi male agli occhi. Giacchè in nessuna malattia del corpo umano l'intervento di un oculista provetto è così benefico come nelle malattie oculari, e viceversa in nessuna malattia del corpo umano un ritardo od un errore di cura è così pernicioso come nelle oftalmiti. L'intervento precoce dell'oculista abbrevia considerevolmente qualsiasi malattia d'occhi e riduce ad una percentuale minima tanto le degenze ospedaliere quanto le tristi conseguenze sulla vista.

In una ispezione da me fatta ho constatato con sommo dolore, che oltre 200 soldati perdettero la vista di uno o dei due occhi per congiuntivite purulenta pervenuta tardi alle cure dello specialista; ho visto arrivare ad un reparto oftalmico dai corpi o da infermerie presidiarie militari affetti da congiuntivite purulenta muniti da fasciatura occlusiva non rimossa da più giorni; ho purtroppo dovuto anche constatare che moltissimi militari si sono trascinati da un ospedale all'altro subendovi cure eterogenee e così pure, infine, che centinaia di soldati usciti da un ospedale si guastavano artificiosamente gli occhi per rientrare in altro o nello stesso donde erano usciti. E perchè non appaiano le mie affermazioni campate in aria ricordo che su 50 mila soldati da me ispezionati nel marzo scorso ho riscontrato (in un corpo d'armata nel Mezzogiorno) oltre duemila oftalmiti provocate senza includere in questo numero le congiuntiviti persistenti artificiosamente rese più gravi.

Or riconoscere queste forme artificiosamente provocate (non soltanto da empirici) non è opera del giovane medico o tenente orecchiante di oculistica, ma dell'abilità di un provetto tecnico, quale può essere quello preposto alla direzione dell'ospedale oftalmico: quante e quante reclute sono state riformate per un tracoma inesistente, solo perchè agli occhi del medico preposto alle rassegne la congiuntiva ne mentiva l'aspetto!

Io non insisto su questo punto, perchè so che è oggetto di speciali studi dell'onorevole ministro della guerra e ritorno all'Elenco delle infermità, che richiede d'urgenza di essere modificato radicalmente per la parte riguardante l'oculista e cioè dall'articolo 32 all'articolo 46.

Dico subito che la creazione di un ospedale oftalmico unico per ogni corpo d'armata dovrebbe essere anche da questo punto di vista, la base della riforma che è attesa dagli oculisti militari d'ogni regione. Quando il giudizio sulla capacità a servire nell'esercito, per la parte oftalmica, è affidata a tecnici competenti che deducono dalla loro coltura e dagli articoli del regolamento la idoneità al servizio, basteranno poche norme ma precise, a guidarne il sano giudizio.

Dicevo in principio che innanzi tutto bisogna includere nel nuovo elenco il concetto logico, giusto e morale della obbligatorietà delle operazioni oculari nelle reclute che ne abbisognano e così facendo risulteranno ben poche le malattie delle palpebre ed annessi (comprese le vie lacrimali), che daranno luogo a riforma, giacchè le malattie segnate col numero 32-36 sono quasi tutte riparabili con atti chirurgici.

Le congiuntiviti dovrebbero dar luogo ad inabilità nel caso in cui abbiano prodotto guasti irreparabili sulla cornea.

Il tracoma congiuntivale, che tanto dibattito ha suscitato e di cui io stesso molto mi sono occupato, non dovrebbe mai dar luogo a riforma, ma alla costituzione di plotoni speciali.

Infine dovrebbe cessare come causa di riforma la diminuzione di visus determinata dall'ipermetropia e dall'astigmatismo che l'attuale elenco, senza logico criterio, esclude la correzione, dovendosi invece ammettere il principio che tutte le ametropie, di qualsiasi natura, debbansi correggere con lenti e considerarle compatibili con il servizio militare, allorchè la vista raggiunga almeno 3/10 del normale in un occhio ed 1/20 nell'altro con la correzione sferica non superiore alle 10.D.

Beninteso che l'eventuali alterazioni delle

membrane interne dell'occhio che possono accompagnare le ametropie e la diminuzione del visus, debbono rappresentare postumi di affezioni oculari, ossia malattie spente. Ma per rendere efficaci questi provvedimenti un criterio nuovo bisognerebbe introdurre nell'assegno delle reclute ai vari corpi: cioè quello di tener conto dello stato funzionale dell'organo visivo, cosicchè il soldato che nell'O.D. presenti meno di 1/10 di vista, devesi considerare come inabile per il corpo di fucilieri o cannonieri, e viceversa abile per i bombardieri, mitraglieri, sanità, ecc.

In tal guisa verrebbero eliminate d'un tratto tutte le discrepanze fra i giudizi medico-legali finora deplorati e le tristi speculazioni che si sono innestate sugli articoli 39-42 divenuti ormai di conoscenza popolare e che ha tolto all'esercito centinaia di migliaia di utili braccia.

È evidente inoltre che dovrebbesi sottrarre ai Consigli di leva il diritto di riformare le reclute, dovendo queste, in ogni caso, essere inviate in osservazione ai rispettivi tecnici competenti; il quale obbligo è già sancito nell'elenco delle cause di riforma, benchè con tante eccezioni che ne frustrano l'adempimento e lo scopo.

Ben si comprende che specializzare la funzione dell'oculista nell'esercito non è possibile senza, in pari tempo, creare analoga condizione per le altre infermità; ma ciò sarebbe conforme all'interesse dell'esercito che ne trarrebbe pari vantaggio.

Un'altra conseguenza implicita sarebbe quella che, per i medici dell'esercito, dovrebbe ammettersi il principio della specializzazione o meglio intensificarlo, poichè nel passato la Sanità militare ebbe cura d'inviare diversi ufficiali medici alle cliniche universitarie dei maggiori centri, onde perfezionare le loro attitudini sanitarie. Questo corpo di eletti dovrebbe accrescersi nei limiti del bisogno e dovrebbe sempre circoscrivere la propria attività ad una sola parte dell'arte salutare. E così nel giro di 10 anni vedremo i medici militari, per dottrina e abilità, gareggiare con i migliori professionisti civili della Nazione.

Proposta di modificazione degli articoli 32-46 dell'Elenco delle imperfezioni ed infermità.

Ptosi. Se persistente e completa, cioè copre tutta la cornea, dà luogo ad inabilità assoluta.

Lagottalmo. Paralitico e cicatriziale; inabilità definitiva se coesistono alterazioni corneali e congiuntivali gravi, non riparabili con atto operativo. (Plastica, tarsorrafia parziale).

Gravi deformità delle palpebre. Non correggibili con atto operativo: inabilità assoluta.

Blefarite ciliare cronica ulcerosa. Se dopo cure ospedaliere della durata di almeno un mese non mostri tendenza a guarire, dà inabilità temporanea. La madarosi totale o parziale va corretta con tatuaggio.

Vie lacrimali. Quando la cura chirurgica non riesce a stabilire il normale deflusso delle lacrime, inabilità.

Strabismo concomitante. Non dà mai luogo ad inabilità.

Diplopia binoculare e strabismo paralitico. Inabilità temporanea.

Emianopsia. Dà luogo ad inabilità relativa.

Blefarospasmo essenziale. Inabilità assoluta.

Esoftalmo. Se notevolmente deformante con cornea sporgente non meno di un cent., dà luogo ad inabilità assoluta.

Pterigio. Va operato: se la funzione visiva (corretta la ametropia quando esista) è ridotta a meno di 3/10 della normale in ambo gli occhi ovvero a meno di 1/20 in un occhio, inabilità assoluta.

Xerosi. Di tutta la congiuntiva: inabilità assoluta.

Congiuntiviti croniche semplici primaverili e in atto. Cura all'ospedale o inabilità temporanea.

Congiuntiviti tracomatose. 1° Non segreganti s'inviano in appositi reparti di truppa.

2° Segreganti: in cura ospedaliera, finchè dura la segrezione.

3° Con complicanze corneali inguaribili che riducono il visus come appresso: inabilità definitiva.

Cheratiti. Cura ospedaliera o inabilità temporanea.

Enoftalmo. Inabilità definitiva.

Malattie insanabili del globo oculare. Dopo osservazione in ospedale, dànno luogo ad inabilità temporanea.

Distacco retinico. Dà luogo ad inabilità assoluta.

Opacità totale del cristallino. Dà luogo ad inabilità assoluta.

Acutezza visiva. Si ha inabilità assoluta quando la visione è inferiore complessivamente nei due occhi a 3/10 del normale o quando in un occhio la visione è inferiore a 1/20.

Ametropie. La ipermetropia e l'astigmatismo, se, non ostante la correzione sferica, la visione è ridotta come nell'articolo precedente dànno inabilità assoluta. La miopia superiore alle 10 D. in ambo gli occhi o se, essendo superiore in un occhio solo, in questo la visione, corretta la rifrazione, con 10 diottrie sia ridotta a meno di 1/10 della normale.

Emeralopia e nictalopia. Inabilità temporanea.

DISCUSSIONI E COMMENTI.

Sulla incisione mediana longitudinale della rotula.

Appunti a proposito di un articolo del prof. M. Fasano pubblicato nel n. 17 della Sezione pratica del « Policlinico », 1916.

Dott. PIETRO NIGRISOLI, tenente medico.

Vedo solo ora un importante articolo del professore M. Fasano « sulle indicazioni operatorie e la tecnica di estrazione dei proiettili dalla articolazione del ginocchio ».

Dopo un breve, ma chiaro, riassunto critico dei vari metodi di incisione del ginocchio, l'egregio chirurgo scrive: « un metodo che corrisponde perfettamente allo scopo di mettere in luce la cavità articolare senza indebolire l'apparecchio legamentoso del ginocchio è quello che si propone l'emisezione longitudinale della rotula ».

Indi con riserbo aggiunge: « è un procedimento che per *quanto io mi sappia* non venne sin ora praticato da alcuno e che da me applicato nei casi di ferita penetrante del ginocchio, con permanenza del proiettile nella articolazione, ebbe a dimostrarsi superiore a tutte le vie di accesso fin qui preconizzate per aggredire l'articolazione ».

Nessun dubbio che l'idea dell'ottimo metodo non sia sorta spontanea nella mente del professore Fasano: tuttavia io mi permetto di ricordare (sicuro di non fare con questo cosa sgradita al prof. Fasano) che il compianto Codivilla usò di tale metodo d'incisione del ginocchio durante tutti gli anni in cui fu direttore dell'Istituto Rizzoli in Bologna e di quello dei Rachitici in Milano, e che con lui e dopo l'usarono altri colleghi suoi, come io stesso, studente, ho avuto occasione di vedere.

Il dott. Sangiorgi (1900-1907) ed il dott. Garavini (1902-1903) assistenti del Codivilla, parlando nei Resoconti dell'Istituto Rizzoli, del metodo seguito nei molti casi di resezione del ginocchio, operati per tubercolosi, dicono che fu usato sempre il solito taglio longitudinale mediano delle parti molli e della rotula. L'operazione era, ed è completata con la sutura della rotula e delle parti molli, e con un apparecchio gessato chiuso comprendente bacino ed intero arto: risultati immediati e remoti per lo più molto buoni.

Il Codivilla stesso nella sua *Relazione sulla cura della tubercolosi chirurgica* nella XXIII adunanza della Società Italiana di Chirurgia (aprile 1911) sostenne la bontà del taglio mediano longitudinale della rotula di fronte a quello trasversale. A questa adunanza prese parte, almeno per quanto risulta dagli Atti della Società It. di Ch., anche il prof. Fasano, con una brillante comunicazione sulla cura appunto della tubercolosi chirurgica, ma evidentemente la questione particolare di tecnica, che attualmente gli interessa, gli sfuggì allora.

Da quanto mi riferì il dott. U. Grandi, che si interessò di tale argomento per il suo studio sul *Genu Recurvatum*, il Codivilla fu indotto a pensare ad un nuovo metodo di resezione del ginocchio, per la frequenza con cui vedeva gli operati con le abituali incisioni trasversali, rivolgersi — quasi tutti in cattive condizioni statiche — a chiedere rimedio agli Istituti di Ortopedia; e fu allora che spontaneamente ricorse al taglio mediano longitudinale della rotula.

Il Codivilla è forse il chirurgo che ha usato con maggiore costanza tale metodo, e che ha così, più e meglio di ogni altro, contribuito a renderlo noto fra di noi: ma il metodo non è suo, nè egli lo scrisse mai.

Vari manuali di medicina operatoria fanno da tempo menzione della incisione mediana longitudinale sulla rotula ed anche della sezione longitudinale mediana della rotula stessa.

Dubrueil (Parigi 1875) attribuiva, pare erroneamente, a Langenbeck « una incisione sulla linea mediana da 5 centimetri sopra la rotula sino un poco al disotto della tuberosità della tibia ».

Nella traduzione del manuale del Loebker (ed. Vallardi: dalla originale del 1885) si legge: « Billroth fruì recentemente di una incisione longitudinale mediana sulla rotula ».

In quella del Mosetig-Moorhof (ed. Vallardi: dalla originale del 1887): « in tempi recentissimi Riedinger ha riproposto una incisione longitudinale che scorre lungo la linea mediana della rotura. La rotula viene segata longitudinalmente, o, se si tratta di fanciulli, tagliata con un coltello da cartilagini, e con questo taglio longitudinale trova la più soddisfacente accessibilità ».

Riedinger infatti aveva l'anno prima (1886) comunicato questo metodo alla Società Medica di Würzburg.

Con tutta probabilità l'incisione sarà accennata anche in altri manuali di quei tempi e di poi: ma chi prima di Riedinger elevò il taglio longitudinale mediano della rotula a metodo comune, da usarsi specialmente nei casi di lesioni traumatiche, fu Ollier.

Il famoso chirurgo immaginò tale incisione nel 1879 e la mostrò l'anno dopo a Farabeuf, il quale, sino dalla prima edizione del suo « Manuale delle Resezioni », la precisò così: « Incisione di Ollier unica, retta, mediana, sezionante la rotula longitudinalmente, ed egualmente in

due parti il legamento rotuleo ed il tendine del tricipite: da lui preferita nei casi di traumatismo ».

L'Ollier stesso la pubblicò poi nel 1883 nella *Revue de Chirurgie.*

Fra noi il prof. Annibale de Giacomo di Napoli, senza sapere di Ollier, propose (*Mov. Med. Chir.* 5-6-7, 1881) lo stesso metodo; ed altrettanto, più tardi (1885), fece l'Allingham di Londra.

Il mio illustre maestro, prof. Ruggi, nel 1882, e l'ora compianto prof. Ceccherelli nel 1883, contribuirono con le loro pubblicazioni sulle resezioni a rendere più noto il metodo del de Giacomo, e l'Ollier, con grande onestà scientifica, nel 1891, nell'ultimo volume del suo Trattato delle Resezioni riconobbe pienamente il merito del de Giacomo e scrisse: « Ciò dimostra una volta di più che la stessa idea può nascere spontaneamente in più luoghi nello stesso tempo ». Parve invece dubitare un poco sul conto dell'Allingham, perchè questi *riinventò* (la parola è di Ollier) il taglio mediano della rotula dopo che Farabeuf aoveva già data ad esso grande pubblicità.

Ciò che l'Ollier scrisse ventisei anni sono per il de Giacomo vale ora per il prof. Fasano: l'esser egli stato in questa felice idea del taglio longitudinale della rotula preceduto da tali chirurghi è una riprova della bontà dei suoi criterî operatori.

L'avere io, scolaro, visto prima della guerra usare questa incisione della rotula, e l'essermene dovuto interessare, dànno ragione (e spero mi ottengano anche perdono), dell'ardire che ora ho di interloquire davanti ad un chirurgo provetto.

Sulla cura dei soldati malarici.

Riceviamo e pubblichiamo:

Roma, 23 maggio 1917.

Chiar.mo Sig. Prof. N. Pende,

Ho letto col più vivo interesse la nota sulla cura dei soldati malarici, scritta da Lei e pubblicata nel n. 21 della sezione pratica del *Policlinico,* in data del 20 maggio 1917.

Condivido con Lei, nella massima parte, le sue giuste osservazioni e le trovo molto opportune; solo amerei sottoporre al suo giudizio alcune considerazioni, che mi sono venute alla mente leggendo quella nota.

1° Fra i militari che vengono mandati al fronte, non pochi ebbero già l'infezione malarica e sono da considerarsi come cronici; ora in questi soggetti sono sufficienti le più lievi cause occasionali per determinare una recidiva e basta la presenza di uno o pochi di questi individui in una località in cui prospera l'anofele, per determinare un nuovo focolaio d'infezione.

2° Ammetto con Lei che la profilassi meccanica sia molto difficile o quasi impossibile per le truppe al fronte, ma non è così per la profilassi chininica, a condizione che la propinazione del chinino in soluzione acidula sia abbondante e fatta sotto la responsabilità diretta degli ufficiali sanitarii, coadiuvati con diligenza dagli ufficiali combattenti, dai cappellani e dalle dame infermiere.

3° La cura severa ed efficace, invocata da Lei, per ridurre fortemente i danni arrecati all'esercito dalla malaria, non esige la creazione di speciali stazioni di cura antimalarica, ma può venir praticata utilmente in qualunque padiglione o baracca, affidata alla direzione di sanitarii intelligenti, muniti di idonei microscopi.

In queste baracche si deve istituire, caso per caso, la cura razionale del malarico, senza tener conto dei preparati chinacei, che possono essergli stati somministrati, prima di venirvi ricoverato. Il trattamento deve essere regolato secondo il vario ciclo di evoluzione del parassita malarico e prolungato fino a tanto che venga accertata, con ripetuti esami ematologici, la guarigione, dando la preferenza alle somministrazioni per via ipodermica ed eventualmente anche a quelle per la via endovenosa. Contemporaneamente si devono praticare le cure ricostituenti, che hanno tanta importanza nel trattamento radicale della malaria e si deve eseguire l'iperalimentazione opportuna.

Come è notorio i malarici vi affluiranno a migliaia in alcuni periodi limitati, per scarseggiare poi in tutto il resto dell'anno. Così i medesimi locali si potranno adibire al transito dei feriti o alla cura delle più svariate malattie. Per evitare la permanenza in questi locali delle anofele ed il pericolo di nuove infezioni basta far uso, con discernimento, delle reti metalliche alle porte e finestre.

Ritengo che semplificando così la sua bella proposta, sarà più facile ottenerne la rapida attuazione dalle competenti autorità e mi auguro che i risultati siano egualmente brillanti.

Con profonda osservanza

dev.mo

Dr. L. TAUSSIG
Medico Consulente Onorario
negli Ospedali riuniti di Roma

Azione dell'alcool sui tessuti germinali.

Riceviamo e pubblichiamo:

Ill.mo Sig. Prof. Ascoli,

Nel fascicolo del 18 febbraio 1917 de *Il Policlinico,* rivista giustamente benevisa ai nostri medici e scienziati, ho letto con sommo interesse l'articolo del dott. S. Baglioni, 4ª parte: « *Il valore fisiologico delle bevande alcooliche* ».

Unito a quello del prof. Leonardo Bianchi, oggi ministro senza portafoglio, sull'*Alcoolismo in Ita-*

lia in riguardo alla questione dell'alimentazione, inserito nella *Nuova Antologia,* fasc. d'agosto 1916, si può dire *esauriente* sulla questione dell'*alcool.*

Pur tuttavia vi è un punto non toccato, un gravissimo danno che reca l'alcool all'uomo, e quindi alla sua prole, e deve essere segnalato alla attenzione degli scienziati.

È quello che il prof. A. Forel chiama la *blastoferia alcoolica,* cioè la deteriorazione degli spermatozoi e delle uova nell'organismo dell'essere alcoolizzato.

Su tale questione mi permetta di segnalare · lettori della sua pregiatissima rivista i due lavori del dott. Bertholet: «*L'action de l'alcoolisme chronique sur les organes de l'homme,* etc.», Edwin Frankfurter, éditeurs, Lausanne (Svizzera), 1913; e: «*Petit Atlas manuel des altération anatomo-pathologiques des organes dans l'alcoolisme cronique*», Librairie générale du Grand-Pont, Lausanne, et chez Octave Doin, Paris, 1913.

Con la speranza che ella vorrà far conoscere ai lettori de *Il Policlinico* questi due interessantissimi lavori, riguardo al valore delle bevande alcooliche, gradisca, ill.mo sig. professore, l'omaggio della mia alta stima.

GIOVANNI ROCHAL, ex direttore del giornale mensile: *Bene Sociale* ed ex presidente della *Lega antialcoolista fiorentina.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Comunicazioni sulle ferite con lesione del midollo spinale.

Su alcuni feriti con lesione del midollo.

GAMBERINI CARLO (Bologna). — In ferite interessanti il rachide, con lesione del midollo, l'O. credette giustificato l'intervento quando esistevano disturbi funzionali gravi, dolorosi, paraplegici o sfinteriali, ragione dei quali, però, a priori, non fosse, ipotesi verosimile, la interruzione completa del midollo o della cauda equina, quando, cioè, l'atto operatorio poteva riuscire utile con la rimozione della presunta causa determinante e sostenitrice della lesione (scheggie ossee, proiettili).

Perciò, base di indicazione fu, in associazione alle indagini cliniche, l'esame radiografico, eliminando i casi senza scheggie di frattura compressive e senza proiettili. Così pure non intervenne in casi complicati da infezioni orinose o da decubiti gravissimi.

Ha osservato 21 casi del genere. Di 7, non operati in base ai criterii suesposti, 6 sono morti dopo sofferenze di lunghi mesi, uno è degente in condizioni di progressivo aggravamento. Ne ha operati 14 con 4 morti.

Distingue vari tipi:

1° Lesione del rachide non complicata da fatti midollari gravi, ma interessante per la sede e il tragitto non comune del proiettile e la sindrome consecutiva — 2 casi, in ciascuno dei quali una pallottola di shrapnell era entratà per l'occhio sinistro e si era conficcata nel primo fra l'atlante e l'occipitale, nel secondo tra l'atlante e la seconda cervicale anteriormente, con frattura delle vertebre. Nel secondo era interessante il fatto che la rigidità della nuca e la disfagia mentivano un tetano.

Si riuscì con difficoltà ad aggredire i proiettili per l'alto faringe (via orale) ed estrarli insieme con scheggie ossee delle vertebre. I feriti guarirono ambedue.

2° Ferite a squarcio, che riuscivano fin sul midollo, alle quali, quindi, l'O. non fece che estendere le regole delle ferite comuni, vale a dire lo sbrigliamento della ferita, la rimozione delle scheggie e dei proiettili fino in corrispondenza del midollo — 5 casi, nei quali, praticata la laminectomia, venne poi completata con pochi colpi di scalpello la breccia già tracciata dal proiettile (1 solo morto).

3° Delle 7 vere operazioni di laminectomia, in due casi di lesione cervicale i proiettili avevano soltanto depresso un pezzo di vertebra contro il midollo, che macroscopicamente era schiacciato (non appariva però lesione della meninge, nè fuoruscita di liquido cerebro-spinale: entrambi guarirono); in quattro esistevano fratture comminute delle apofisi spinose e delle lamine, con scheggie multiple intrarachidee e in 1 caso anche con proiettile nello speco: in questi la meninge era gravemente lesa e interessato il midollo.

L'indicazione operatoria era eccessiva: l'utilità dubbia ma, non ostante il prognostico infausto per la gravità della lesione, poichè la morte era certa senza operazione, l'O. è intervenuto. Tre con lesione dorsale o della prima porzione lombare morirono; sopravvisse quello con scheggia e proiettile intrarachideo (a livello della 9ª dorsale), il quale, operato nel luglio 1916, dopo cinque mesi riguadagnò le funzioni degli sfinteri, ed ora va riprendendo gradualmente la motilità.

In un ultimo caso, operato di recente, un grosso proiettile di shrapnell era incuneato nel corpo vertebrale della seconda lombare, sporgendo nello speco anteriormente. Praticata la laminectomia, l'O. tentò di aggredire il proiettile lateralmente, previa recisione della massa sacro-lombare di destra e di due apofisi costiformi sopra e sotto l'orifizio d'ingresso del proiettile; attraverso tale breccia sgorgò un fiotto di pus, e l'O. potè percepire col dito la pallottola ed estrarla con pinze.

Il paziente è tuttora degente, con graduale ripristino della motilità.

Sulle ferite del midollo spinale prodotte dalle moderne armi da fuoco.

PIERI GINO (Roma). — L'O. ha osservato nella presente guerra 89 casi di ferite del rachide con sintomi nervosi.

In 4 casi la lesione era esclusivamente a carico delle radici, in 5 casi si ebbero sintomi di compressione midollare, probabilmente determinata dalla frattura di un corpo vertebrale per opera del proiettile.

Restano 80 casi con sintomi di vera lesione del midollo o della cauda.

Lo studio di questi casi dimostrò diversi meccanismi di azione del proiettile:

1° Il proiettile attraversò il rachide e colpì direttamente il midollo o la cauda.

2° Il proiettile attraversò il rachide senza colpire nè il midollo, nè le meningi (determinò dunque le lesioni con un meccanismo indiretto).

3° Il proiettile colpì gli archi, li fratturò e rimbalzò su di essi, producendo delle lesioni irreparabili nel midollo sottostante (6 casi).

4° Il proiettile colpì direttamente un corpo vertebrale, e si incuneò in esso determinando una grave lesione indiretta del midollo (2 casi).

Lo studio anatomo-patologico di queste lesioni si basò su 37 casi (27 autopsie e 10 biopsie operatorie). Nei casi di lesione clinicamente totale, in cui lo stato del midollo fu potuto verificare direttamente all'autopsia (19 casi) o all'operazione (2 casi), la lesione midollare si presentava secondo 7 tipi:

1° Sezione completa del midollo e della pia con diastasi dei monconi e lesione della dura madre (2 casi);

2° Sezione apparentemente completa del midollo, ma non della pia, e lesione della dura madre (3 casi);

3° Sezione sub-totale del midollo, ma non della pia (residua un piccolo ponte laterale di fibre nervose) e lesione della dura madre (1 caso);

4° Perforazione completa, a canale, del midollo, della pia e della dura madre (1 caso);

5° Spappolamento più o meno esteso del midollo e della pia, con integrità della dura madre (4 casi);

6° Rammollimento intrapiale del midollo, con integrità della pia e della dura madre (5 casi);

7° Integrità necroscopica perfetta del midollo e delle meningi (5 casi).

Rispetto ai sintomi presentati, su 80 casi furono osservati 4 casi di lesione totale, 23 casi di lesione parziale, 15 casi di lesioni della cauda.

L'esito di questi 80 casi fu che dei 42 casi di lesione totale 30 morirono (la media di sopravvivenza fu di 16 giorni), 12 furono trasferiti ad altri ospedali senza accenni a miglioramenti; dei 23 casi di lesione parziale 4 morirono (per la gravità stessa della lesione), 19 migliorarono; dei 15 casi di lesione della cauda 5 morirono (2 per concomitanti gravi lesioni viscerali, 2 per sepsi della ferita, 1 per causa ignota), 10 migliorarono.

Complessivamente, dunque, su 80 feriti si ebbero 39 morti, 19 non migliorati (e probabilmente morti anch'essi), 29 migliorati.

Su 80 feriti ne furono operati 16, ottenendo complessivamente 10 morti, 4 miglioramenti, 2 trasferimenti in condizioni invariate.

Per estrazione del proiettile furono operati 13 feriti.

Per il dubbio di lesioni ossee complimenti il midollo furono operati 3 feriti.

L'esame critico dei risultati ottenuti nei 16 casi operati, unito allo studio anatomo-patologico delle lesioni, porta l'O. alla conclusione che, davanti a una ferita del midollo, l'intervento sarà in tesi generale controindicato:

1° Se la lesione del midollo è totale;

2° Se la ferita è trasfossa;

3° Se il proiettile è fuori del canale rachideo; sarà indicato nel solo caso in cui la lesione midollare sia parziale e la radiografia dimostri il proiettile entro il canale rachideo o sporgente in parte dentro di esso.

L'O. chiude la sua comunicazione richiamando l'attenzione sulla possibilità, nei casi di sezione totale del midollo, di ristabilire indirettamente la continuità fra il moncone superiore e l'inferiore, non già mediante la sutura di questi (per quanto esistano nella letteratura i casi favorevoli di Stewart e Harte, di Fowler, di Giron), ma praticando l'anastomosi delle radici, operazione ideata dal Munro, realizzata sperimentalmente da Kilvington, Vidal, Burdenko, e una volta nell'uomo (sembra con qualche beneficio) da Fraziers e Mille (1912). Le lesioni d'arma da fuoco del midollo presenterebbero le condizioni anatomiche più opportune per questa operazione, poichè le radici non sono interessate dal trauma.

Inoltre l'O. ritiene che, nei casi di lesioni della cauda con esito in fenomeni di deficit deponenti per la sezione di una o più radici, si sarebbe autorizzati a un intervento tardivo diretto alla sutura intradurale delle radici lese.

Trattamento delle lesioni traumatiche spinali con riporto di due casi di sutura del midollo.

COLLICA IGNAZIO (Zona di Guerra). — L'O., considerando l'esito costantemente fatale delle lesioni complete del midollo, i cui monconi, come si è usato fino ad ora, vengono abbandonati alla loro sorte nel posto in cui si sono retratti, ha voluto tentarne in due casi la sutura. Questa è riuscita chirurgicamente possibile, fatta con tre punti a tutto spessore attraverso la pia, e anatomicamente positiva. Due complicazioni però gravissime, nel primo caso la tardiva eliminazione di un piccolo sequestro osseo che riaprì in parte il tratto di unione già avvenuta dei monconi, i quali solo dopo oltre un mese giunsero di nuovo a riconnettersi, e la fatale permanenza *in situ* nel secondo caso del proiettile, non potuto trovare all'atto operativo, scoperto poscia incagliato fra il 2° e 3° corpo vertebrale e prominente nel mediastino posteriore, e che fu causa precipua di un ostinato e gravissimo processo settico di oltre tre mesi, mascherarono e deviarono sostanzialmente il naturale decorso degli atti operativi, portando a morte gli infermi il primo a quattro mesi e mezzo e il secondo a tre mesi dall'operazione, e togliendo la possibilità di accertarne le ultime precise risultanze.

I molto accentuati segni però di funzionalità riflessa e volontaria che in entrambi i pazienti, dopo il secondo mese, si erano avuti, e la ricomparsa capacità di rispondere agli stimoli elettrici su regioni per tanto tempo assolutamente morte ad ogni stimolo, sono per l'O. fatti che provano incontestabilmente un inizio di avvenuta proliferazione e riconnessione di elementi nervosi dei due monconi attraverso il tessuto cicatriziale neoformato, senza di che quelle funzioni, per quanto limitate, non avrebbero potuto ricomparire.

Certo sarà da vedersi sino a che grado questa riconnessione potrà avvenire nei diversi casi, e se potrà sempre avvenire e se avverrà sempre in tempo per tenere in vita e salvare gli infermi dalle inevitabili gravissime complicanze che in essi, nei primi tempi, si determinano. Ma tutto questo non cambia per nulla la precisa e assoluta indicazione dell'atto operativo, che, dimostrato chirurgicamente possibile e anatomicamente e, in certo grado iniziale, anche funzionalmente positivo, è il più razionale e quello su cui potere fondare qualche speranza di successo.

Discussione sulle ferite con lesioni del midollo spinale.

MASNATÀ. — In pochi casi (5) di laminectomia dall'O. praticata per ferite d'arma da fuoco in ospedaletto chirurgico avanzato, allo scopo di rilevare i vantaggi di un intervento precoce, ha potuto osservare quanto segue:

1° Quantunque la sintomatologia fosse tale da far ritenere come sicura una lesione trasversale completa del midollo, pure all'atto operatorio tanto la meninge come il midollo si mostrarono all'ispezione e alla palpazione integri.

2° Rimossa la compressione (scheggie ossee, ematoma extra ed intradurale) si ebbe il ripristino quasi immediato della sensibilità ed il risveglio di qualche contrazione muscolare, che fecero sperare in una guarigione. Non fu possibile però arrestare i fatti distrofici. I larghi e profondi decubiti al sacro, alle regioni trocanteriche, alle calcagna, le cistiti purulente, le complicanze renali furono causa lontana della morte di tutti e quattro gli operati.

La rapidità dell'intervento non sopprime adunque le conseguenze di una grave compressione o di una grave contusione del midollo spinale, certo perchè le vie midollari non possono essere supplite da altre vie di compenso, come può avvenire nelle lesioni cerebrali. Dott. L. C. ZAPELLONI.

Reale accademia medico-chirurgica di Napoli.

Adunanza ordinaria del 29 aprile 1917.

Presiede il presidente prof. VINCENZO DE GIAXA.

Le localizzazioni cerebrali.

ANILE A. — Legge la prima parte di un suo studio critico sopra la vasta produzione scientifica che riguarda le localizzazioni cerebrali. In questa prima parte s'indugia a preferenza sui contributi fisiologici portati a determinare la zona rolandica motoria, e segue gli spostamenti della stessa sul mantello cerebrale che si sono verificati col variare del metodo di ricerca e dell'animale su cui si è sperimentato. L'O. conchiude col dire, che tutta la corteccia cerebrale debba egualmente considerarsi come sensoriale e motoria.

Il socio BOTTAZZI chiede al prof. Anile, se egli fa sua questa ultima opinione, o se si limita solamente a citarla; e, avendo l'Anile risposto che di ciò si occuperà particolarmente nella 2ª parte della sua comunicazione, di cui darà lettura nella prossima adunanza, il Bottazzi non aggiunge altro.

Pilorectomia con estesa resezione gastrica, gastroenterostomia posteriore, guarigione.

MINERVINI R. — Riferisce un caso di una donna di anni 30, sofferente da circa 7 mesi di gravi disturbi gastrici consistenti in dolori, digestione stentata, rigurgito ed ematemesi con progressivo e rapido decadimento della nutrizione generale, e che presentava all'esame obbiettivo un tumore all'epigastrio. Fece diagnosi di stenosi pilorica da neoplasma, e sottopose la paziente alla operazione il 7 gennaio u. s.

Trovò infatti all'apertura dell'addome un ispessimento stenosante del piloro ed un circoscritto tumore duro della parete anteriore dello stomaco, che aveva contratto aderenza con la parete addominale. Dopo aver reciso quest'aderenza, procedette alla resezione del piloro compreso l'antro pilorico e buona parte della parete anteriore dello stomaco, chiuse separatamente e con doppio strato di suture la parte residua dello stomaco ed il duodeno, e quindi anastomizzò allo stomaco la prima ansa del digiuno mediante una gastroenterostomia posteriore alla Von Hacker.

L'operata guarì: la funzione gastrica ridivenne soddisfacente fin dai primi giorni, e le condizioni generali migliorarono rapidamente. L'indagine radioscopica eseguita due mesi dopo l'intervento dimostrò che lo stomaco, ridotto appena ad 1/3 del volume normale era disposto verticalmente a sinistra della linea mediana, e che il passaggio del suo contenuto nel digiuno si compieva interamente in circa 3 ore.

L'esame del tumore dimostrò trattarsi di un epitelioma ulcerato.

L'O. presenta all'Accademia il pezzo estirpato, la radiografia, e la donna, che è difatti ritornata in condizioni generali buonissime. E, traendo occasione da questo caso, aggiunge che si potrebbero ottenere dagli interventi chirurgici sullo stomaco risultati eccellenti assai più spesso di quanto in realtà si avvera, se i medici si decidessero per i loro infermi a richiedere più spesso e più precocemente l'opera del chirurgo.

Sull'azione fisiologica dei sali di magnesio.

BOTTAZZI F. — L'O. fu indotto a fare queste sue ricerche dall'osservazione casuale, che il sangue di *Octopus macropus* e l'acqua di mare abbassano notevolmente il tono del preparato intestinale di cane effetto questo che sembra dovuto, almeno in parte

ai sali di magnesio che quei due liquidi contengono in quantità considerevole. Egli ha sperimentato l'azione del cloruro e del nitrato di magnesio e del cloruro di calcio, sia su pezzi d'intestino tenue di cane, come su altri organi muscolari lisci, quali il muscolo retrattore del pene del cane, il corno e il corpo uterino della cagna, asportati dal corpo dell'animale e sospesi, a temperatura costante, in liquido di Ringer o di Tyrode ossigenati. Costantemente ha osservato, che tanto il cloruro di calcio, quanto il cloruro di magnesio (questo, però, più intensamente di quello) deprimono fortemente, anche in piccola dose, il tono dei detti preparati muscolari, e, in dose maggiore, ne arrestano le contrazioni ritmiche automatiche; che, però questi effetti sono transitorii, potendosi il tono e le contrazioni ritmiche ripristinarsi subito in seguito al cambiamento del liquido contenente il sale di calcio o di magnesio, e anche spontaneamente, dopo qualche tempo.

Circa il meccanismo di azione dei magnesioioni, dalle ricerche fatte sul preparato intestinale con cloruro di magnesio e con atropina, colina, adrenalina, ecc., il BOTTAZZI ha tratto la convinzione, che i magnesioioni deprimono e aboliscono temporaneamente l'eccitabilità della innervazione motrice, sia essa di origine autonoma ovvero intrinseca, come nell'intestino tenue (elementi del plesso di Auerbach), o di origine simpatica, come nel m. retrattore del pene e nell'utero.

L'O. comunica poi il risultato di una inchiesta da lui fatta circa il contenuto in magnesio, in confronto col contenuto in calcio, potassio e sodio, dell'acqua di mare da una parte, del sangue e dei tessuti degli animali marini e terrestri dall'altra, secondo il quale risultato il contenuto in magnesio, rispetto al contenuto in sodio, massimo nell'acqua di mare e nei succhi degl'infimi invertebrati marini, diminuisce a misura che si sale verso gl'invertebrati marini superiori e i vertebrati terrestri, per divenire minimo nel plasma del sangue dei mammiferi. A questo proposito degno di nota è il fatto, che il sangue dei molluschi e crostacei marini contiene assai meno magnesio dell'acqua di mare in cui essi vivono; mentre i muscoli striati dei mammiferi ne contengono assai più (come contengono pure una quantità enormemente maggiore di potassio), del sangue, da cui sono bagnati. Il che dimostra, che già negli invertebrati marini superiori i liquidi interni incominciano ad essere indipendenti, per quanto riguarda la loro composizione chimica qualitativa, dall'ambiente esterno, sebbene siamo ancora isosmotici rispetto all'acqua di mare, in cui quegli animali vivono.

BOTTAZZI ha illustrato la parte sperimentale della sua comunicazione con numerosi tracciati grafici.

CASTELLINO. — Rammenta l'usa dei sali di magnesio nel tetano; quindi accenna ad esperimenti fatti nel suo Istituto, sui sali di calcio, dai quali risulterebbe che la loro azione non è simile a quella dei sali di magnesio; e finalmente accenna anche alla possibilità, che con la cocaina si riesca a mettere fuori di funzione l'innervazione vagale dell'intestino tenue.

Il socio prof. MARFORI conferma quello che ha detto il prof. Castellino, circa l'azione della cocaina, e aggiunge che l'atropina, in forti dosi, paralizza anche gli elementi muscolari.

BOTTAZZI risponde al prof. Castellino, che i sali di calcio, per sè e rispetto a quelli di magnesio, non agiscono su tutti gli organi allo stesso modo; che l'azione dei sali di magnesio sullo stesso intestino varia secondo che sono applicati dall'interno o sulla superficie sierosa dell'organo; e che, per quanto riguarda la cocaina, crede non essere questa da preferirsi all'atropina, quando si vuole ottenere la paralisi dell'innervazione vagale.

Al prof. Marfori poi risponde, che egli ha potuto dimostrare l'azione deprimente dell'atropina anche sul preparato diaframmatico fetale.

Sulla cura conservativa nella cancrena da congelamento.

ROSATI B. — Avendo potuto seguire, per incarico del Comando Supremo, il decorso delle lesioni più gravi per congelamento negli arti inferiori, ha constatato che la cangrena non colpisce allo stesso livello i tessuti superficiali e quelli profondi; e che, mentre la linea demarcativa segna la morte dei comuni tegumenti ad un dato livello, tanto i tessuti profondi quanto lo scheletro sopravvivono assai più in basso del livello stesso.

È dimostrato così erroneo il precetto chirurgico di amputare un poco più su della linea demarcativa.

Si è constatato che, attendendo la eliminazione spontanea del pezzo necrotico, si ricupera della estremità tanto quanto non era possibile sperare; mentre, d'altra parte, non appare difficile riparare la perdita anche assai ampia dei comuni tegumenti con trapianti liberi di cute.

Su oltre cinquecento casi, non è stato mai praticato alcun atto demolitivo e si son sempre potute evitare quelle temute complicazioni settiche che hanno spinto qualche volta i chirurghi a demolire precocemente.

Perfino in un caso grave di cangrena da congelamento, complicato con artrite purulenta tibio-tarsica, si è potuto attendere la eliminazione spontanea della parte morta, ricuperando due terzi del piede.

La conclusione che si trae dalle osservazioni è, *che in nessun caso si è autorizzati ad amputare per cangrena da congelamento*; e che il compito dei chirurgi nella zona di operazioni è quello di attendere, superando le possibili complicazioni settiche, lasciando ai colleghi delle retrovie la cura di riparare alla perdita dei comuni tegumenti.

In questo senso si è concluso nella relazione al Comando Supremo fin dal novembre 1915. S.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

COMUNICAZIONI SCIENTIFICHE (1916).

Prof. G. ROCCHI (assistente e libero docente della R. Clinica Chirurgica). — *Sulla misurazione del grado di durezza dell'ampolla Röntgen, mediante il voltmetro derivato ai morsetti del primario del trasformatore, posto sul tavolino di manovra dell'apparato radiologico italiano* Gorla *modello* Scotti-Brioschi.

Le modificazioni del gligogene epatico e muscolare negli animali stimizzati.

Dott. A. AVONI (assistente del R. Istituto di Patologia Chirurgica). — Riferisce alcune sue esperienze sopra cani, condotte a termine dopo avere superato non lievi difficoltà, onde portare un contributo all'argomento, tuttora importante. Le conclusioni ottenute sono: *a*) la stimizzazione produce una notevole diminuzione del glicogene del fegato e dei muscoli; *b*) se la loggia timica non è svuotata del tutto, la diminuzione è meno sensibile: *c*) i cani operati dimagrano in breve tempo, perdono la vivacità, sono invasi da tremore diffuso, vanno soggetti a decubiti e il pelo si fa irto; indi segue la morte.

Pemphygus castrensis? A proposito di alcuni casi di acrodermatite pemfigoide da Ranunculus acris.

Prof. F. DE NAPOLI (libero docente e maggiore medico della direzione di Sanità della II[a] Armata). — Espone uno studio clinico-sperimentale che ha compiuto sopra molti casi di una dermatosi verificatisi fra le truppe al fronte, e che ebbe agio di osservare essendo perito consulente della specialità dermosifilopatica. La dermatosi studiata è rara nella letteratura medica ed è importante a conoscersi, perchè ad arte procurata dai soldati e quindi deve essere convenientemente curata ed in ogni caso denunciata onde evitarne la dannosa ripetizione.

Sede preferita della dermatosi sono le estremità inferiori, quasi esclusivamente le gambe e i piedi, specie al lato estensorio; in vari casi le braccia e la faccia ne erano affette; in un solo caso essa si osservava al dorso. La forma elementare consiste in bolle prevalentemente epidermiche, somiglianti a quelle del pemfigo, di grandezza variabile da quella di una nocciola a quella di un uovo di tacchina, per lo più tese e ripiene di un liquido giallo citrino, in qualche caso opalescente, mai emorragico, di rado purulente.

Accanto alle bolle osservasi una dermatite acuta fatta da vescicole piccole, in alcuni casi confluenti, in altri disseminate su vaste chiazze eritemato-papulose che ricordano perciò l'eczema.

La durata della dermatosi è di otto giorni, e la riparazione completa dello stato epidermico rappresenta l'esito normale; alcuni casi tuttavia durano più a lungo perchè complicati con suppurazione per l'innesto di piogeni e quindi con conseguenti scollamenti e guarigione per granulazione.

Fatto un esame eziologico ed epidemiologico e commentati i fatti concorrenti ad una diagnosi differenziale, il disserente è stato condotto a sospettare della spontaneità della forma morbosa, che aveva colpito soldati pressochè tutti della stessa regione.

Iniziate ricerche ed osservazioni e trasferiti in ospedali i malati, si trovò che la dermatosi era procurata mediante applicazione di una poltiglia ottenuta triturando *un'erba*, frequente a trovarsi nei territori occupati dai reggimenti in cui la malattia stessa si manifestò. Detta erba fu classificata dall'Orto Botanico della R. Università di Bologna (a cui si inviò in esame) come *ranunculus acris*, capace, a guisa di tutte le ranuncolacee, di una azione irritante cutanea e vescicatoria. Riferiti gli esami del liquido estratto dalle bolle, detto sulla riproduzione della dermatosi in vari soldati appositamente sottopostivi, conclude con quanto segue:

La dermatosi osservata è un pemfigo artificiale che potrebbe denominarsi *acro-dermatite pemfigoide ab acribus*, sia per la sua prevalente sede topografica sia per la sua eziologia. Il modo di azione dell'erba fa escludere che essa possa avere provocato le bolle col semplice contatto accidentale, e perciò è manifesto lo scopo per esimersi, almeno temporaneamente, dal servizio. Il disserente passa in seguito a discutere se si debba conservare l'appellativo di *pemfigo castrense* a questa forma che è simile a quella epidemica manifestatasi nel 1736 fra le truppe che occupavano Praga, studiata da Thiery e riferita da Rœser, alla quale appunto fu dato il nome di *pemphigus castrensis*.

La profilassi e la cura della febbre cerebro-spinale (meningite cerebro-spinale epidemica) in rapporto alle attuali cognizioni.

Prof. G. BELLEI (libero docente ed ufficiale sanitario). — Ritorna su l'argomento già trattato lo scorso anno (*Policlinico*, sezione prat., 1916), sia per rispondere alle osservazioni fatte al suo precedente lavoro dai colleghi dott. Perini di Pavia e prof. Abba di Torino, sia per portare altra messe di fatti, raccolti dai casi avveratisi fra i militari di questo presidio e di questi ospedali di riserva ed osservati anche fra la popolazione civile, fatti che, uniti a resoconti di studi compiuti da inglesi, convalidano le precedenti sue conclusioni, allora corroborate da studi di tedeschi.

Tratta gli argomenti col seguente ordine, a cui fa precedere la risposta ai colleghi. *Resistenza del meningococco nell'ambiente esterno. Maniera nella quale il germe si trasmette da individuo ad individuo. Importanza del malato per la diffusione del morbo. Ricerca dei portatori. Isolamento dei portatori. Disinfezione dei portatori. Disinfezione delle biancherie, degli oggetti che hanno avuto rapporto col malato e dell'ambiente nel quale egli si trova. Della efficacia delle iniezioni intrarachidee di siero antimeningococcico.*

Per utilità del lettore bisognerebbe riprodurre l'intera memoria, che tratta l'interessante argomento con spassionato giudizio dei dati di fatto.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

Accademia delle Scienze mediche e naturali di Ferrara.

Seduta del 3 marzo 1917.

Presidenza: U. RAVENNA.

Contributo alla valutazione clinica della capacità funzionale del miocardio.

C. MINERBI. — L'O. fa precedere su alcuni soggetti la dimostrazione obbiettiva delle reazioni di tonicità ottenute per parte delle singole cavità cardiache, mercè la concussione localizzata su determinati punti della regione precordiale. Distingue una reazione primaria (in retrazione) di tonicità

muscolare, e una reazione inversa secondaria (in sfiancamento). Parla successivamente delle reazioni riflesse di tonicità cardiaca per mezzo dello stimolo cutaneo localizzato. (Riflesso di retrazione, riflesso di inibizione e reazione paradossa). Basandosi poi sui risultati delle esperienze fisiologiche di Giulio Fano, secondo i quali coll'esaurirsi del cuore le oscillazioni del «*tono*» del miocardio sono le prime a scomparire, l'O. si è valso della manovra di Azoulay-Varisco per cimentare la reazione di tonicità delle singole cavità cardiache nei diversi soggetti.

Egli ha riconosciuto, che l'individuo fisiologico reagisce prontamente a quella manovra colla retrazione simmetrica combinata delle sole *auricole* destra e sinistra; retrazione riconoscibile dall'abbassarsi per uno o due centimetri degli angoli auricolo-cava, auricolo-arteria polmonare, mentre l'atrio destro e i ventricoli non dànno segno di restringersi, e d'altra parte i lembi polmonari precordiali restano immobili. La retrazione combinata delle auricole e dell'atrio non si riscontra che in rari soggetti, presentanti il tipo costituzionale della prima combinazione morfologica di De-Giovanni, noto anche coll'appellativo di «Habitus asthenicus universalis» di Stiller.

Subito dopo riadagiati gli arti inferiori del paziente sul piano del letto, si osserva, allorchè il paziente ha fatto uno sforzo, diretto a moderare volontariamente la discesa degli arti inferiori, una ulteriore retrazione delle due auricole, quasi altrettanto cospicua, come quella, che si era ottenuta nella prima fase dell'esperimento.

Simile contegno del «*tono*» del cuore può essere ritenuto con fiducia indizio di capacità funzionale lodevole del miocardio. Al contrario lo sfiancamento *d'emblée* («reazione paradossa di tonicità») delle auricole (ed *a fortiori* dell'atrio), determinato dalla manovra di Azoulay-Varisco, è segno indubbio di «*debolezza*» del miocardio.

Tali reazioni sono perfettamente riconoscibili alla comune percussione digito-digitale per la determinazione dell'area di ottusità relativa del cuore secondo Moritz.

Negli ipertensivi si suole avere «immobilità» delle auricole. Così pure si nota spesso «immobilità» della sola auricola sinistra negli individui con stenosi mitrale.

Tale contegno delle auricole indica «*inferiorità*» del miocardio di fronte ad eccessive resistenze.

Questo processo divide colla ortodiagrafia il vantaggio di costituire un metodo di esplorazione diretta della funzionalità del miocardio, ed ha sui processi radiologici la preminenza dovuta alla praticità, e alla completa assenza di condizioni atte a suscitare emozioni, perturbanti gli effetti genuini dello sforzo corporeo sul cuore e sui vasi sanguigni.

Un caso singolare di clono del piede in un'emiplegica.

C. MINERBI. — La comunicazione riguarda il caso di una malata, che fu colta da un colpo apopletico nel luglio u. s. In essa si riscontrano oggi, come fatti residui, un'emiparesi volgare destra con Grasset-Gaussel positivo a destra; riflessi tendinei dell'arto superiore assai più vivaci a destra; patellare, medio-tarseo vivace da ambo i lati; Babinski manifestamente normale in flessione da ambo i lati, benchè più vivace a sinistra.

Alla percussione del tendine d'Achille destro si verifica un clono del piede inesauribile: all'incontro nulla di simile si ottiene per mezzo del processo solito colla flessione forzata del piede sulla gamba. L'ammalata è convalescente d'influenza.

Dott. GIOVANNI PISTOCCHI.

Sunto delle Conferenze del Prof. Roberto Campana.

Conferenza II.

La sifilide del cuore e del fegato nell'adulto, principalmente, omessa nell'annotazione, o nella interpretazione della causa predetta.

Riportando, nel periodico *Malattie del cuore*, la parte che si riferisce alla sifilide dell'organo, notiamo qui solo che la sifilide è la cagione sempre di miocarditi croniche, assai frequenti e non presa in considerazione convenientemente, come predisposizione alle localizzazioni di forma infiltrativa acuta da cagioni perfrigeranti ed anafilattiche, e degli stati cosidetti di debolezza del miocardio, che dànno origine allo accesso di paralisi cardiaca.

Sifilide del fegato.

Oggi non son pochi i casi di atrofia gialla che si considerano indubbiamente tali; e sarebbero generati da condizioni non di invasione di batteri, di varie infezioni, avvelenamenti di origine intestinale, di invasione parassitarie diverse, che non rappresentano la sifilide semplicemente. La clinica, con osservazioni logiche, è per una maggioranza di questi casi, nel concetto di dovere ammettere come cagione la sifilide.

Il coacervo di molte condizioni morbifiche lesive (sifilide, mercurialismo, morbi acuti febbrili intercorrenti, infezioni gastriche ed intestinali, avvelenamenti) si possono trovare sui sifilitici, in un terreno più propizio per lo sviluppo di questo grave morbo. Però è da riflettere che anche nei casi più classici di essi, accanto ai fenomeni degenerativi si trovarono fenomeni di infiltrazione perivasale principalmente, di piccole cellule, e del tessuto connettivale che sono sempre la nota anatomica della sifilide.

E noi stessi, che diagnosticammo molti anni or sono un caso di atrofia acuta del fegato da sifilide, portato a guarigione colla cura antisifilitica (1905), siamo giunti poi, con gli studî istologici clinici successivi e curativi a considerare questa fase come possibile della sifilide, non rara, in cui fenomeni venefici prendendo la prevalenza sui fenomeni infiltrativi e granulomatosi generano delle istolisi, simili alle epiteliolisi della cute nel pemfigo sifilitico; d'onde, nella epiteliolisi (per esempio epatica a rapida evoluzione del morbo) può aversi in

questo organo, non semplicemente una fase distruttiva (necrobiotica) di un tratto limitato di esso, ma una degenerazione di tutto l'organo, come fatalmente si suole vedere nella cute per flittenolisi eredoluetiche assai maligne, se non vengono combattute per tempo con rimedii mercuriali.

Fatta astrazione del gruppo dei cosidetti veri tumori in patologia, e delle invasioni parassitarie animali e vegetali, che bene si possono studiare colla loro presenza nel fegato, io in tutto il resto che avviene di patologico in questo organo, tanto nella vita fetale come nella successiva, vedo sempre un complesso di risultati di cagioni, a capo a tutti delle quali la infezione (così avvelenante il sistema vasale ed epiteliale) la sifilide.

Or direi: è vero, il fegato è grasso, perchè si beve troppo, ma perchè si è sifilitici nello stesso tempo; perchè gli effetti del troppo alcool arriverebbero a quegli effetti degenerativi nei territorii di organi epiteliali, in cui, di molecola in molecola, si estingue la vita della cellula sinora non degenerata? Ma, quei fenomeni di flogosi vasale che vi sono costantemente, perchè? Come effetti non certo del solo alcool, ma sì di quelle cause che generano il granuloma e che generano la lisi molecolare delle cellule epiteliali, che cadrebbero, invece, in una necrosi per coagulazione se l'alcool ne fosse la causa diretta ed immediata.

Adunque vorrei, che la sifilide, negli epatopatici, o direttamente per male contratto, o per ereditarietà, sia la compagna in tutti i mali cronici di quest'organo, ed in molti degli acuti: congestione catarrale, coliche ricorrenti, acolie più o meno permanenti, sepsi; perchè se l'organo, come un altro, può essere sifilitico, ci è poi la più ricca vascolarità sua che subisce maggiormente l'azione del veleno della sifilide insieme a quella degli altri che vengono dagl'intestini e dai residui di ritorno di ricambio materiale.

E per gli organi interni, e, principalmente pel fegato, questa nuova veste è un composto policromo (tanto nella «atrofia gialla acuta» come nel cosidetto fegato noce moscata, o epatite cronica di altri) effetto di fenomeni di infiltrazione flogistica e degenerazione, adipifere, deposizioni di pigmento biliare, di ematina, e di granuli amorfi, di epiteliolisi, che contribuiscono a dare la loro parte in quei fegati indefinibili istologicamente per un solo complesso anatomico; e, solo i casi più frequenti, se non i più gravi, e che rispondono ad una mescolanza di piccole fasi in determinismo di degenerazione di distruzione accompagnate dalle reazioni componenti i tessuti, che costituiscono l'organo, e la sua vascolarità complessa arteriosa, venosa, capillare, linfatica, biliare — interrotte, ricomposte variamente nella vita; ciò che faceva concludere all'anatomista patologo col disegnare degli stati cromatici per sè, o relativi a qualche sostanza; cioè fegato amiloide, fegato addirittura grasso, e fegato noce moscata.

Piazzata la cirrosi epatica in un'alterazione della cellula epatica, che finisce colla steatosi per epiteliolisi di essa; ed a questa, se l'organismo è in grado di reagire, segua quel che deve seguire, la neoformazione connettivale; s'intende che questi fatti possono dipendere poi, non dalla sola sifilide, da tanti veleni diversi, ma il meno di tutto, dall'alcool, per quanto più da quello della sifilide, coadiuvata dai veleni abituali degli intestini, o da quelli di altri veleni accidentali sull'organismo. Quando la estensione dei fenomeni venefici, di avvelenamento, sulle cellule epatiche, è notevole, ne viene di conseguenza che il processo possa individualizzarsi, nella sua gravità ed estensione, nella prima fase — epiteliolisi (degenerazione grassa), succeduta dalla seconda, quando il male possa circoscriversi, ed intervenire la fase reattiva della migrazione cellulare e la formazione di granuloma reattivo. Ne nasce allora quel che succede in ogni organo, in cui si è fermato un veleno ad azione non violentemente congestionante-statico, necrotizzante, coagulante, come lo è quello della difterite e della malaria, del colera; ne succede, cioè, che gli elementi funzionali di esso, dall'epitelio poliedrico ciliato cutaneo a quello cuboide cilindrico dei canalicoli curvi del rene, che si presentino deficienti nella propria funzione, poi caduti in detrito, poi degenerati in grasso, poi cadenti in quelle necrosi eliminative possibili, con elementi cilindroidi amorfi nei reni, come vedesi nella composizione dei cosidetti cilindri jalini, e granulosi della nefrite parenchimatosa cronica, cui corrispondono, per lo stato della cute, le desquamazioni epiteliolitiche secche, o lievemente umide, con accenni di processi perifollicolari assai tenaci e recidivanti.

Ora queste epiteliolisi con degenerazioni, se sorprese nel fegato nell'inizio, possono guarire; invece se lasciate svolgere fino alla fine, e che non sieno avvenute almeno delle reazioni connettivali per una fase di cirrosi sopravvenuta, allora si afferma il vero tipo della atrofia gialla acuta, che, per tempo, gravità, precorre le altre alterazioni, e rende impossibile la guarigione, ed il miglioramento possibile nelle fasi precedenti; fasi che non sono differenti dalle successive per natura ma per estensione come una epidermolisi circoscritta cronica, non è mortale mentre lo è una diffusa a tutta la cute.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOLOGIA.

Il fenomeno delle guancie nella meningite.

Per Brudzinski (*Berl. Klin. Vich.*, n. 25, 1916) il fenomeno consiste in un rapido sollevamento riflesso dei due arti, con flessione contemporanea dell'articolazione del cubito, quando si comprimano le due guancie subito sotto l'osso zigomatico. Questo sintomo fu per la prima volta constatato dall'A. in un caso di meningite e fu in seguito studiato il suo comportamento in 254 bambini sani ed ammalati. Fra questi esisteva un gran numero di casi cronici; una serie di malattie acute, senza partecipazione delle meningi, ed infine bambini con meningite sierosa, purulenta e tubercolare.

Su 42 casi di meningite tubercolare il fenomeno era positivo in 41, e mancò in un sol caso, nel quale erano positivi altri riflessi; quali il sintoma di Kernig e quello della nuca.

In 6 casi di meningite tubercolare il fenomeno delle guancie era positivo in uno stadio, nel quale tutti gli altri riflessi erano negativi, talvolta anche per la durata di una intera settimana. Tale precoce comparsa del riflesso era di valore particolare in quei casi, nei quali si era indotti a pensare in principio al tifo addominale e solo in seguito si potevano esattamente diagnosticare come forme di tubercolosi miliare e di meningite tubercolare.

L'A. ricorda il caso verificatosi in un bambino di 7 anni, nel quale la reazione positiva di Widal deponeva insieme cogli altri sintomi per la diagnosi di tifo addominale, ma la presenza del fenomeno delle guancie destò il sospetto di una meningite tubercolare, confermato nel decorso ulteriore. Molto più di rado esisteva il fenomeno delle guancie in meningiti di origine non tubercolare. Difatti in 5 casi di meningite cerebro-spinale il fenomeno era negativo in 3 casi e positivo in un caso soltanto: in undici casi di meningite sierosa il sintoma era positivo in 6 e negativo in 5. L'A. osservò anche il fenomeno delle guancie in alcuni casi acuti senza irritazione meningea e specialmente in un caso di polmonite in un bambino tubercoloso, in due casi di pleurite essudativa, in 2 di tifo addominale, in 2 di intossicazione alimentare ed in uno di pertosse: infine il fenomeno delle guancie fu ottenuto in 13 infermi cronici, tutti tubercolosi.

Da questo insieme risulta che il fenomeno delle guancie fu positivo in 90 casi su 254 esaminati: fra questi 90 casi 21 non presentavano irritazione meningea. Di 85 bambini, nei quali esistevano sintomi di meningite o di irritazione meningea, il fenomeno delle guancie fu positivo in 69 e negativo in 16. Quindi in 16 casi, nei quali la comparsa del sintoma doveva servire alla diagnosi precoce di meningite, esso mancò, mentre in 21 casi avrebbe erroneamente condotto alla diagnosi di meningite. In alcuni di questi ultimi casi tuttavia fu osservato un aumento di pressione del liquido cerebro-spinale e scomparsa del sintoma dopo la puntura lombare, la qual cosa, anche in assenza di sintomi meningei, autorizzava ad ammettere una lieve irritazione delle meningi.

Perciò quando si costata il fenomeno delle guancie in un bambino, nel quale mancano altri sintomi meningitici speciali e generali non si è autorizzati a diagnosticare una meningite.

Il fenomeno delle guancie è però fra tutti i sintomi meningei quello che si incontra più spesso nella meningite tubercolare. In 42 casi di meningite tubercolare il fenomeno era positivo in 41, cioè nel 98 %, ed anche nel caso negativo la compressione delle guancie era molto dolorosa. Queste cifre sono molto importanti, in special modo se si considera che anche il fenomeno della nuca, descritto dall'A., ritenuto sino ad ora il sintoma più frequente della meningite, si riscontra solo nell'88 % dei casi.

Per la ricerca del fenomeno esercita col pollice e con l'indice divaricati una forte pressione sulle guancie e più propriamente sul mascellare superiore subito sotto l'osso zigomatico: la compressione deve essere esercitata contemporaneamente sulle due guancie. La compressione unilaterale è molto incomoda per l'esaminatore, ed anche i risultati non sono uguali.

Nella meningite tubercolare talora il fenomeno delle guancie non si verifica nella forma comune, cioè in forma di rapido sollevamento automatico degli arti superiori, ma come lento sollevamento, come se dovessero superare una resistenza. In casi senza contrazione degli arti superiori l'A. osservò una tensione ed estensione degli arti superiori, con il pugno chiuso, e con la posizione delle mani a mano di ostetrico.

In bambini sani od ammalati, con fenomeno negativo delle guancie e senza sintomi di irritazione meningea, specialmente se sono piccoli, si osservano movimenti coordinati di difesa, per allontanare la mano esaminatrice. Questi movimenti sono eseguiti da una sola, o da ambedue le mani contemporaneamente e sono ac-

compagnati da altri movimenti di tutto il corpo e degli arti inferiori, così che è molto facile distinguerli dal fenomeno delle guancie.

L'A. rinuncia per ora a dare una spiegazione del sintoma, oggetto del suo studio. P. C.

TERAPIA.

Sui danni degli arsenobenzoli nella parasifilide nervosa.

S. Lépine (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, n. 19, 1917), afferma che per quanto si riferisce alla paralisi generale non vi sono dubbî. Salvo casi eccezionali i diversi arsenobenzoli si sono mostrati altrettanto efficaci quanto il trattamento mercuriale e senza dubbio tanto più dannosi. Si fa eccezione del trattamento intrarachidieno col siero salvarsanizzato di Swift e Ellis, col quale diversi autori americani sembra abbiano ottenuti risultati incoraggianti, ma non ancora usciti dalla fase di ricerca.

Per la tabe la quistione è più delicata. Se si risale ad una ventina di anni indietro sembra che l'evoluzione generale della tabe si sia trasformata: essa è diminuita di frequenza e di gravità. Questa particolarità ha coinciso col trattamento della sifilide e della tabe all'inizio colle iniezioni mercuriali. Da 3 anni al contrario sembra aumentato il numero degli atassici e sopratutto che la sifilide iniziale sia di data più recente. Parecchi di questi malati, affetti da una tabe grave ed a rapido decorso, erano stati trattati all'inizio della sifilide cogli arsenobenzoli. Altri trattati all'inizio della tabe non provarono alcun beneficio ed altrettanti, a loro dire, sarebbero anche peggiorati. È questa, bene inteso, una impressione generale, non una verità clinica. Tuttavia è certo che la sterilizzazione preventiva della sifilide cogli arsenobenzoli non pone il soggetto al riparo dalla tabe o dalla paralisi generale, anche per un tempo di poco meno breve, in rapporto ai termini abituali. Donde la legittima domanda se in certi casi almeno il trattamento stesso non sarebbe in parte responsabile del raccorciamento di questo intervallo.

Una circostanza di attualità rende queste riserve ancora più necessarie. La lotta di artiglieria incessante rende gli effetti delle commozioni per esplosione sempre più frequenti e varî. Alcuni infermi possono presentare per settimane e mesi l'apparenza di una paralisi generale depressiva, senza delirio, demenziale di un tratto. La lentezza e la puerilità del pensiero, l'atonia dell'espressione, le contrazioni fascicolari dei muscoli della faccia, l'inceppamento della parola, l'ineguaglianza pupillare, il tremore della lingua, ecc., nulla manca al quadro. La puntura lombare, ponendo in luce la linfocitosi con aumento di albumina, conferma l'errore.

In queste condizioni troppo spesso si fanno iniezioni di arsenobenzolo. Nulla è però più funesto in un commozionato, le cui le turbe sono innanzi tutto congestive e che tutto ha da perdere da una *poussée* congestiva sopraggiunta. P. C.

La somministrazione del mercurio per via orale.

L'incremento che, a causa della guerra, ha avuto la infezione sifilitica ha incitato a trovare nuovi medicamenti, nuove forme di somministrazione dei medicinali già noti. Thibierge nel suo libro su *La syphilis et l'armée* dopo aver notato che in alcuni casi il solo trattamento possibile è quello per via orale, suggerisce varie formole a base di mercurio che mentre permettono di svolgere al farmaco tutta la sua attività, la rendono tollerabile.

Una buona formola è la seguente:

Bicloruro di mercurio. Estratto tebaico ana centigr. 1. Eccipiente glicerinato gr. 6 per fare una pillola. Due al giorno.

Queste pillole talora provocano dolori gastrici e diarrea Se ne assicura la tolleranza somministrandole con una tazza di latte o raddoppiando o triplicando la quantità di estratto tebaico.

Un'altra formola è la seguente:

Protoioduro di mercurio mmgr. 25. Estratto tebaico cgr. 1. Eccipiente glicerinato q. b. per fare una pillola. Tre o quattro pillole al giorno da prendersi con i pasti.

Con l'uso di queste pillole a base di protoioduro dovranno sorvegliarsi la bocca e le gengive.

Anche i *cachets* sono bene assorbiti, ma il loro uso è possibile solo col protoioduro, perchè il sublimato è troppo caustico ed il calomelano dà effetti troppo incostanti.

Ogni *cachet* dovrà contenere:

Protoioduro di mercurio mmgr. 25. Polvere di oppio cgr. 1, e se ne potranno prendere 3-4 al giorno insieme ai pasti.

Tanto le pillole che i *cachets* dovranno essere presi solo per 20 giorni ogni mese.

a. a.

IGIENE.

Alterazioni alimentari per assorbimento di gas.

Il prof. V. Puntoni (*Annali d'Igiene*, 31 gennaio) ha osservato in una famiglia un avvelenamento collettivo del quale ha potuto rintracciare la causa nell'assorbimento di gas

arsenicali (dietilarsina) da parte di alimenti conservati in uno stesso armadio in cui si trovava anche una boccetta contenente una soluzione di cacodilato di sodio; detta soluzione era ammuffita ed emanava un forte odore agliaceo, che era diffuso in tutta la credenza.

In considerazione dell'importanza pratica, che può presentare il problema, l'A. ha istituito una serie di esperienze, usando dei terreni contenenti il cacodilato di sodio, sui quali ha fatto sviluppare una muffa, il *Penicillium brevicaule*, che dal Gosio è stata riconosciuta la più attiva fra le arseniomuffe. L'A. ha dimostrato così che realmente gli alimenti possono fissare la dietilarsina; sebbene questa si trovi solo in piccolissime quantità, può tuttavia dare luogo a fenomeni di arsenicismo, quando gli alimenti che la contengono siano consumati per lungo tempo.

La natura degli alimenti ha influenza sulla fissazione della dietilarsina, che può avvenire per un fenomeno chimico, in alimenti contenenti acidi organici in sufficiente concentrazione (conserva di pomodoro), e per un fenomeno fisico inerente alla natura porosa di molti alimenti (pane, pasta Margherita).

L'assorbimento di gas, condizionato dalla forma porosa degli alimenti, è un fenomeno che può ritenersi generale, inquantochè si è verificato per tutti gli alimenti porosi e per tutti i gas usati dall'A. nelle ricerche. Anche l'acqua contenuta negli alimenti può assorbire notevoli quantità di gas. La maggior parte dei gas ordinari, pur non producendo fenomeni tossici immediati, può alterare i caratteri organolettici degli alimenti, rendendoli ripugnanti. Fra i gas, che più facilmente ed in maggior quantità vengono assorbiti, sono da menzionarsi l'ammoniaca e l'idrogeno solforato.

Tale assorbimento è tanto più facile, quanto maggiore è la concentrazione del gas, quanto più alta è la pressione e quanto più bassa è la temperatura; quest'ultimo fatto può avere grande importanza nell'industria frigorifera delle derrate alimentari. FIL.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla flora batterica delle ferite di guerra.

H. Tissier (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 31 ottobre 1916) ha trovato numerosi germi, sia aerobi (enterococco, stafilococco, streptococco, *B. mesentericus*, *Diplococcus griseus non liq.*, *B. pyocianeus*, *B. fluorescens*, *Micr. candidus*, *Sarcina lutea*) sia anaerobi (*B. perfringens*, *B. bifermentens*, *B. putrificus*, *Vibrione settico*). Questi anaerobi son germi della putrefazione, che non possono svilupparsi altrove che su tessuti mortificati, o meglio quando vi si mescolano altri germi aerobi.

Nelle ferite putride circoscritte si sviluppano gli anaerobi stretti, con alcuni aerobi provenienti dall'aria; se la ferita contiene ancora dei corpi estranei e dei tessuti morti, la putrefazione continuerà.

Nelle ferite putride invadenti, a lato degli anaerobi si trovano dei piogeni veri: così lo stafilococco, che attorno alla ferita determina la linfangite lungo la quale si può fare strada un anaerobio, il quale alla sua volta provoca una forma di emolisi (erisipela bronzina). Lo streptococco può dare, oltre la linfangite, la setticemia.

E, mentre nella putrefazione il compito essenziale è dato dagli anaerobi, l'ufficio preparatorio degli aerobi diventa, nel tessuto vivente, essenziale.

Dalla natura dell'aerobio dipende il pronostico.

La putrefazione è evitabile, togliendo i tessuti guasti, mortificati, ecc., ed è curabile, aereando il tragitto dei proiettili ed assicurando, con frequenti medicature, l'eliminazione dei tessuti.

Dopo la pulizia e l'escisione l'A. consiglia la riunione delle ferite mediante strisce adesive; secondo Carrel, anzi, è consigliabile di riunire in secondo tempo, per impedire le suppurazioni interminabili delle infezioni secondarie.

FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(833). *Potabilizzazione dell'acqua in campagna.* — Al dott. A. G., Zona di Guerra:

Il mezzo migliore e più pratico per potabilizzare un'acqua nel caso che per potabilizzazione si voglia intendere sterilizzazione, è l'uso di una soluzione concentrata di ipoclorito di sodio o di potassio. Per non eccedere nella quantità di ipoclorito da aggiungere all'acqua si fa una prova preliminare con un litro di acqua, alla quale si aggiungono un po' di amido in polvere, qualche cristallino di joduro di potassio e tante goccie della soluzione di ipoclorito da produrre una decisa colorazione bleu persistente.

Lo stesso numero di goccie si aggiunge ad ogni litro di acqua da sterilizzare, si rimescola ben bene e si aspettano 20 minuti. Dopo ciò l'acqua si può bere impunemente, senza aggiungere iposolfito od altro neutralizzante dell'ipoclorito in eccesso.

In questo modo si evita l'inconveniente della perdita di titolo della soluzione sterilizzante ed il metodo è ridotto alla massima semplicità e speditezza. A. SCALA.

(834). Al dott. L. T., Zona di Guerra:

Abbiamo già risposto nel n. 51, 1916, ad una simile domanda:

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle (via S. Orsola, 1, Milano); abbonamento L. 20.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie (Masson et C., 120, boulevard St. Germain, Parigi), abbon. L. 32. V. MONTESANO.

(835). All'abb. n. 4616:

Tra i migliori manuali sull'argomento citeremo:

OUDIN et ZIMMERN: *Roentgenthérapie; Radiumthérapie; Photothérapie.* — NOGIER: *Electrothérapie;* ambedue della collezione Zimmern.

Dei giornali italiani, specializzata è la *Radiologia medica.* P. ALESSANDRINI.

(836). All'abb. n. 8800, C A A B, C. 201, *Armée Belge en Campagne*:

Suggeriamo:

COZZOLINO O. *Manuale pratico di Pediatria.* (Casa editrice Vittorio Idelson, Napoli, 1911, L. 14). — RIVA ROCCI S. *La Pediatria del medico condotto.* (Milano, Società editrice libraria, 1914, L. 3). — CAPASSO F. *Delle malattie dei bambini e loro cura.* Trattato di pediatria e terapeutica infantile (Torino, Unione tip.-ed., 1901. L. 8.). — BELLANTONI R. *Bambinicoltura.* (New ork, Nicoletti Bros. Press 242, Lafayette, 14, 1913). — TAYLOR e WELLS. *Manuale delle malattie dei bambini.* Trad. italiana L. 22).

B.

(837). All'abb. n. 8766, suggeriamo:

CALOT, *Apparecchi gessati;*

ID., *Ortopedia indispensabile.* T. F.

VARIA.

Il contributo italiano alle conoscenze sulla tubercolosi.

A. Ferrannini (*La Riforma Medica*, 1917, n. 11) rivendica alla scienza italiana la maggior parte della luce che finora è stata fatta sulle varie questioni riferentisi alla tubercolosi.

Ogni lato del complesso problema è stato in varie epoche affrontato da qualche scienziato italiano, che vi ha lasciato traccia indelebile del proprio genio d'investigazione.

Già nel medio evo Fracastoro nel capitolo del suo libro *De phtisi contagiosa* aveva affermata la verità della trasmissione della tubercolosi da uomo a uomo.

Più tardi Cotugno e Cirillo a Napoli, e Cocchi a Firenze proposero ed ottennero dai rispettivi governi la promulgazione di leggi per prevenire e combattere la tisi, leggi che non hanno nulla da invidiare alla moderna legislazione sulla profilassi della tubercolosi.

Mentre nella seconda metà dello scorso secolo si dibatteva in Francia la quistione della specificità e della trasmissibilità della tubercolosi, un italiano risolveva brillantemente il problema col metodo sperimentale: Luciano Armanni a Napoli mediante la inoculazione di minime particelle di sostanze caseose nella cornea delle cavie riesciva a provocare la riproduzione molteplice, a distanza e dopo un periodo di incubazione, della tubercolosi negli animali, dimostrando come la riproduzione del male nella compagine degli organi fosse effetto non di flogosi propagata, ma di processo infettivo esaltato in virulenza e trasmesso per contagio. Contemporaneamente Perroncito a Torino dimostrava la identità istologica della tubercolosi umana e della bovina.

A. Maffucci con i suoi studî sulla tubercolosi dava per primo la dimostrazione obbiettiva che il fenomeno tossico è il sostrato fondamentale dell'azione di ogni microbio patogeno. E nel Congresso internazionale di medicina tenutosi a Berlino nel 1890 R. Koch affermava che la scoperta della tubercolina non sarebbe stata possibile senza le indagini precedenti dell'osservatore italiano.

Nè meno importante è il contributo dato dagli italiani nel campo della patologia e della clinica: A. De Giovanni fissa nuovi particolari sulle sindromi anatomo-antropometriche più inclini all'attecchimento del bacillo tubercolare. E. de Renzi determina le specifiche condizioni del metabolismo che predominano nei tubercolosi. La diagnostica si arricchisce della ricerca del rantolo orale per opera di Galvagni, e per opera di Cardarelli dell'ascoltazione delle risonanze plessiche. Grocco e Bozzolo con le osservazioni sul reumatismo tubercolare e Patella con la stenosi pilorica di origine tubercolare precorrono di un decennio i lavori di A. Poncet con cui questi concretò le forme della tubercolosi detta infiammatoria.

Una clinica italiana, quella di E. Maragliano, potrebbe per l'argomento della tubercolosi rappresentare da sola l'opera di parecchie tra le più rinomate cliniche insieme assommate: non solo per la mèsse dei lavori ininterrottamente compiuti durante un trentennio, ma anche per la originalità delle iniziative e dei risultati

sulle diverse varietà di tossine tubercolari, sulla molteplicità della loro origine dai tessuti dei tubercolotici non meno che dai corpi dei bacilli, sulla modificazione delle funzioni intraorganiche e specialmente dei fenomeni termici e della crasi sanguigna per opera dei veleni tubercolari, sul valore delle associazioni microbiche, sulle forme cliniche larvate o latenti, sulle sindromi locali in rapporto ai fenomeni generali, sulle modificazioni serologiche, sulla guaribilità della infezione.

Se la medicina italiana ha dato tanto e così illuminato sviluppo alla conoscenza della etiologia, della patogenesi e della clinica della tubercolosi, non ha trascurato la terapia. Già nel 1853 G. Barellai faceva instancabile propaganda per la istituzione degli ospizi marini e nel 1858 B. Castaldi propugnava i sanatori di montagna.

Se oltre a ciò constatiamo che spetta ad un italiano, C. Forlanini, la cura più efficace che oggi si conosca della tubercolosi medica, lo pneumotorace artificiale, ad un italiano, E. Maragliano, la iniziativa della sieroterapia e della vaccinazione antitubercolare, ad un italiano, a Francesco Durante, la cura più sicura della tubercolosi chirurgica, si può affermare senza poter essere sospettati di megalomania nazionale che la medicina italiana ha concorso nella maniera più originale a diminuire notevolmente il danno che arreca all'umanità il così detto «male che non perdona». *a. a.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

ROUSSY e LHERMITTE. *Les psiconévroses de guerre.* Collection Horizon. Prezzo L. 4.00. Editori Masson e C., Parigi.

Il libro che ora compare come un volume della interessante Collection Horizon è l'opera più completa fra quelle finora apparse sulle psiconevrosi di guerra.

Dopo aver definito il quadro di queste forme morbose e dopo averne fatta la distinzione dalla simulazione gli AA. passano in rivista successivamente tutti i disturbi neuro-psichici da quelli più semplici, come i disturbi motori elementari, fino ai disordini psicopatici più complessi, come quelli puramente mentali.

Dopo lo studio dei fenomeni motori elementari essi affrontano la quistione dei disturbi di funzioni più complicate come quelle dell'andatura, i disturbi *priptivi* e sensoriali, le perturbazioni viscerali, le crisi venose, le alterazioni psichiche. Sono oggetto di una completa dissertazione gli accidenti psico-nevropatici commozionali determinati dall'esplosione di granate senza lesioni esterne.

Il libro termina con uno studio sull'etiologia, la patologia generale delle neuro-psicosi di guerra, sul loro trattamento e sulla loro importanza dal punto di vista medico-legale.

a. a.

ATHANASSIO-BENISTY. *Traitement et restauration des lésions des nerfs.* Collection Horizon. Prezzo lire 4. Editori Masson e C., Parigi.

Questo volume completa quello già pubblicato dalla medesima autrice sulle forme cliniche delle lesioni nervose. L'esperienza omai lunga della guerra come ha perfezionato i mezzi di diagnosi delle affezioni del sistema nervoso centrale e periferico, ha fatto anche più accorti sugli interventi chirurgici ed in genere sul trattamento di tali importanti lesioni. Nel libro ora pubblicato l'Athanassio-Benisty dà delle indicazioni molto utili sul contegno che devono avere il neurologo ed il chirurgo nelle varie e multiformi tappe del decorso dei traumatismi dei tronchi nervosi.

Nè è trascurata la trattazione della protesi delle paralisi dipendente dalle lesioni tronculari, protesi che per la sua perfezione, per la larga applicazione, che purtroppo dovrà avere, ha una importanza affatto particolare.

a. a.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

AYERZA ABEL. Hemiplegia diafragmática. Nuevo síntoma del síndrome mediastinal. — Buenos Aires, 1915.

PELLEGRINI RINALDO. Sui gaz asfissianti usati in guerra: osservazioni personali e considerazioni. — Milano, 1917.

BILANCIONI GUGLIELMO. Il promontorio dell'orecchio medio. Studio di anatomia clinica e chirurgica. — Roma, 1916.

FERRERI GHERARDO e BILANCIONI GUGLIELMO. La fatica della laringe in condizioni normali e patologiche. — Roma, 1916.

CARRARO NICOLA. Il bacillo di Koch nell'urina, suo valore semeiologico per la diagnosi di tubercolosi renale chirurgica. — Milano, 1916.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni teoriche, delle citazioni, si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Guerra e Pace.

L'angoscia con la quale seguiamo lo svolgersi dei formidabili avvenimenti che insanguinano il mondo, non ci fa trascurare la considerazione dei gravi problemi e delle dure prove che ci attendono dopo gli ardui problemi e le prove atroci della guerra, i problemi della pace. Noi perseguiamo col desiderio, accarezziamo con la fantasia il giorno nel quale la vita non sarà più un dolore continuo, un attendere angoscioso, un dubbio assillante, il giorno nel quale le gioie non saranno più un rimorso. Noi sospiriamo talvolta insofferenti, più spesso attendiamo rassegnati la fine di questa condanna, di questa espiazione d'una colpa ignorata, di questa fantastica punizione comminataci da una diabolica potenza. Pure non sempre il pensiero della pace ci lascia indifferenti. Cessato questo periodo infame nel quale ogni attimo che fugge segna il destino di centinaia di uomini sepolti nel fango delle trincee o inabissati nella profondità dei mari, o, quel che è peggio, della morte ancora, imprime in migliaia di individui un marchio indelebile di dolore e di impotenza, potremo noi adagiare il nostro spirito nella calma e nel riposo? O anche allora la nostra generazione non sarà perseguitata da questa implacabile fatalità storica che l'ha fatta vittima di un destino immenso? Oh sì, cesserà questo dolore acuto e sempre rinnovantesi, questo schianto che ha esaurite le nostre lagrime e che ci ha tolto perfino la suprema dolcezza del pianto, ma non si cancellerà mai in quelli che sopravviveranno il ricordo assillante di questo grande dolore umano, di tutte le atrocità, di tutti i delitti di cui si è reso colpevole un popolo ubbriacato da sogni paranoici di dominio.

Ma a parte questi turbamenti sentimentali la pace c'imporrà la risoluzione di problemi difficili quanto quelli che le nazioni, che erano impreparate, hanno dovuto affrontare per preparare la guerra durante la guerra.

Non c'è certo chi crede che questo immane cataclisma costituisca una semplice parentesi nella vita dei popoli e degli individui, che cessate le ostilità ciascuno torni tranquillo al proprio focolare, e ritrovi e riprenda immutate le proprie occupazioni cui attendeva prima della guerra. Sarebbe imprudente illusione. La guerra ha durato troppo a lungo, ha sconvolto troppo dalle sue basi le abitudini umane, i rapporti interumani, perchè si possa pretendere che dopo la vita riprenda il ritmo di prima.

Si vanno determinando nuovi atteggiamenti psicologici, nuove situazioni economiche, si vanno quindi impostando nuovi problemi politici, sociali ed economici che non possono essere affrontati e risolti con i vecchi criterî, perchè tutto va cambiando sotto i nostri occhi. La storia è a una svolta decisiva del suo cammino. Ed è nel passaggio di questo angolo acuto, nel trapasso dalla guerra alla pace che sarà posta ad una prova tremenda la saggezza dei governanti.

Si è detto che con l'agosto 1914 è cessata per l'umanità la vita facile. Lasciamo stare la facilità della vita prima di quella data nefanda, ma è certo che noi dovremo imparare a conoscere nuove difficoltà, nuove fatiche, nuove rinunce. Noi presentiamo che con la fine della guerra, anche se, come è certo, essa sarà coronata dalla vittoria, le nostre sofferenze non saranno finite, c'è in tutti una inquietudine, una sconfortante incertezza anche per il dopo. Ed è bene che sia così. I popoli civili consideravano la guerra come una eventualità, come un delitto che si potesse evitare, s'illusero e furono illusi e non si preparavano alla difesa, mentre si lasciava che gli altri, i barbari, meditassero ed apprestassero la formidabile aggressione. Ma la pace è un avvenimento sicuro, che non può mancare, come non manca il sereno dopo la pioggia, la quiete dopo la tempesta. Ed è bene, è indispensabile che i popoli pensino fin d'ora alla preparazione della pace, se non vogliano scontare ancora un altro errore, oltre quello della impreparazione alla guerra.

Al fuoco ardente del dolore e dell'amore per la civiltà e la patria si è temprato lo spirito di abnegazione, di sacrificio, la laboriosità di tutti i popoli, ma sarebbe molto imprudente farvi soverchio assegnamento anche quando siano cessate le ragioni che mantengono in tensione tutte le energie dei singoli e della collettività. Ora siamo in un periodo febbrile, l'organismo è invaso da una violenta infezione acuta, tutte le risorse potenziali di ogni singolo elemento sono messe in atto fino alla estenuazione per combattere e vincere la infezione. Ma che sarà dopo? al cadere della febbre seguirà il delirio, il collasso o l'organismo troverà nuova forza per resistere ed anche prosperare nella rinnovata e meglio disciplinata energia dei suoi elementi, e nello sfruttamento delle nuove forze che prima del bisogno rimanevano sopite? L'accortezza ed il talento tera-

peutico del medico nelle infezioni acute son provati nel periodo della crisi, la sapienza dei governanti si saggerà nel periodo critico della guerra, nel trapasso alla pace. Allora più che mai le nazioni, come gli organismi convalescenti, devono essere sorvegliate, aiutate a riprendere normalmente le funzioni turbate e deviate dal cataclisma.

E non si tratta di espedienti palliativi, sono problemi colossali d'intricata soluzione: la trasformazione della industria, che la guerra ha miracolosamente fatto progredire, l'incremento dell'agricoltura, di cui la guerra ha svelata la finora non troppo apprezzata importanza, lo sfruttamento delle nostre energie naturali, la cui deficienza abbiamo più che mai risentito in occasione della guerra, la disciplina dell'emigrazione, alla quale è strettamente legato il prestigio nazionale dalla guerra risollevato, e la disciplina delle finanze, dalla guerra così duramente provate. La risoluzione di questi problemi sarà alla base ed in funzione della pace sociale e politica.

A tali quistioni noi medici siamo indirettamente interessati perchè il benessere della nazione non può non avere un riverbero sulle nostre condizioni. Ma vi sono oltre a ciò per la classe medica contingenze speciali riferentisi al passaggio dallo stato di guerra a quello di pace che devono essere fin d'ora considerate e vagliate. E ciò non solo perchè la nostra professione ha subìto per lo stato di guerra sensibili perturbazioni, il cui assestamento non sembra semplice, ma anche perchè l'avvento della pace in rapporto a quanto si è di già accennato imporrà provvedimenti d'indole sociale, ai quali la professione sanitaria è strettamente legata, provvedimenti di fronte ai quali è bene fin d'ora pigliare posizione facendo conoscere il nostro avviso e le nostre esigenze.

PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

L'Ordine dei Medici della provincia di Reggio nell'Emilia, riunito in adunanza generale ordinaria, approvava sull'atteggiamento politico del rappresentante dell'Ordine dei Medici nel Consiglio Superiore di Sanità il seguente ordine del giorno:

«L'Ordine dei Medici nella provincia di Reggio d'Emilia;

avuta notizia dei sempre e più severi voti di biasimo e di deplorazione espressi da altri Ordini contro l'atteggiamento antitaliano del loro rappresentante elettivo nel Consiglio Superiore di Sanità on. dott. Brunelli;

rivendicando a sè l'onore di averne assai prima di ogni altro, cioè fino al maggio 1915, non solo dichiarata l'indegnità politica quale suo rappresentante nel Consiglio suddetto, ma, per proprio conto, la decadenza virtuale del mandato conferitogli — come da partecipazione ufficiale al Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini; e,

constatato con profonda soddisfazione che a lui, quindi, nulla ora tocca, almeno direttamente, nè della responsabilità, nè del disagio morale di averlo ancora suo rappresentante;

fa invito agli altri Ordini del Regno di voler imitare quello di Reggio, pronunziando senz'altro la decadenza da un Ufficio elettivo ch'egli non sa coprire con animo d'italiano, ben più pensoso com'è della propria piccola fortuna elettorale coincidente con quella dei nemici della Patria, che delle grandi fortune di questa».

L'Ordine dei Medici della Provincia di Torino:—

«Ritenuto che l'on. Brunelli, dopo avere con patriottico slancio reso omaggio alla causa nazionale e fatto appello alla concordia e al buon volere di tutti per assicurare il buon successo della nostra guerra, si è inchinato ai contrari ordini del suo partito, e non si è peritato di far causa comune con coloro che, schernendo Patria e Unità nazionale, nulla hanno trascurato per opporsi all'auspicato successo;

ritenuto che siffatto suo contegno suona offesa ai sentimenti patriottici della grandissima maggioranza dei medici da lui rappresentati;

deplora vivamente la sua condotta, e lo invita a rassegnare le dimissioni dalla carica di rappresentante degli Ordini dei Medici in seno al Consiglio Superiore di Sanità pubblica».

Ordine dei Medici della Provincia di Perugia. — Il Consiglio ha votato il seguente ordine del giorno:

«Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della provincia di Perugia, nella sua adunanza del 31 maggio, discutendo sull'agitazione promossa da alcuni Ordini contro il dott. Brunelli, rappresentante di tutti gli Ordini del Regno in seno al Consiglio Superiore di Sanità;

considerando che la classe medica italiana affidò per mezzo di libero e legale plebiscito al dott. Brunelli il mandato di suo rappresentante in seno al Consiglio Superiore di Sanità, pur non ignorando la sua fede politica;

considerando che il dott. Brunelli assolvè il mandato con dignità ed energia lodevoli, su di che non è sorta da nessuna parte contestazione alcuna;

considerando che non esistono perciò le ragioni per togliere al dott. Brunelli il mandato affidatogli, esulando il di lui atteggiamento politico dal giudizio degli Ordini che sono una istituzione strettamente professionale;

delibera di passare all'ordine del giorno sulla questione Brunelli».

Ordine dei medici di Firenze. — Il Consiglio dell'Ordine dei medici per il circondario di Firenze, in un ordine del giorno, considerato che l'on. Brunelli si rimette al giudizio dei diversi ordini, invita gli

ordini stessi a manifestare esplicitamente il loro dissenso intorno all'opera politica del deputato socialista, che reca aperta offesa ai sentimenti di italianità della Famiglia medica.

Per gli ufficiali medici della C. R. — Riceviamo e pubblichiamo:

Giustissimo il reclamo dei tenenti medici della C. R. I., ceduti da questa alla Sanità Militare, e riportato a pag. 691 del fasc. 21 (20 maggio 917) Sezione Pratica del *Policlinico*.

Non giusta però la distinzione che in esso reclamo si tenta di fare fra tenenti medici ceduti alla Sanità Militare e tenenti medici rimasti nell'Associazione, perchè buona parte di questi (specialmente coloro che han prestato servizio nelle Sezioni di Sanità della C. R. e negli Ospedaletti da Guerra divisionali o di Corpo d'Armata, dalle quali unità di 1ª linea spesso i medici ufficiali subalterni sono stati distaccati per prestar servizio a battaglioni in trincea o in batterie da campagna operanti) han diviso coi colleghi della Sanità Militare le fatiche, i disagi e tutti i pericoli della guerra.

Quindi anche i tenenti medici della C. R. I., rimasti nell'Associazione e che per essere stati dichiarati abili a qualsiasi fatica di guerra han prestato servizio nelle Unità di primissima linea, han diritto di vedersi sottrarre alla «crudele ingiustizia» di cui è parola nel suddetto reclamo.

Un tenente medico d'un Ospedaletto da Guerra divisionale.

Pei medici di O. P. eleggibili a consiglieri comunali. — La Suprema Corte di Cassazione, ha emesso una sentenza favorevole alla contestata ammissione di alcuni medici al Consiglio Comunale di Milano. La relazione, estensa dal giudice Morgigni, reca il seguente testo riassuntivo, che varrà di norma, in via di massima, specialmente per la definizione della qualifica di impiegato:

«I medici liberi professionisti che prestino la loro opera di consulenza o di assistenza presso gli Ospedali, le Opere Pie ed altri benefici Istituti locali, mediante tenue retribuzione fissa, non possono considerarsi impiegati dei detti Istituti, e quindi sono eleggibili a consiglieri comunali. Ciò specialmente deve ritenersi se nessun controllo competa al Comune sull'andamento tecnico-sanitario delle dette istituzioni».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6856) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. M. M. da C. — Trovandosi già in servizio militare non può più aspirare ad esonero, perchè durante l'attuale periodo di guerra, sono sospesi tutti i licenziamenti ed i congedamenti. L'esonero dei medici condotti deve essere invocato dai sindaci dei rispettivi comuni prima che sia chiamata la classe cui il sanitario appartiene.

(6857) *Aspettativa per ragione di famiglia.* — Dott. G. L. da C. - Non si può dire *a priori* di quanto viene ridotto lo stipendio normale del medico condotto che è collocato in aspettativa per ragione di famiglia, perchè tale posizione è disciplinata dai singoli regolamenti municipali. Agli impiegati governativi collocati in aspettativa per ragioni di famiglia non compete alcun stipendio: A quelli che sono collocati in aspettativa per infermità compete un terzo o la metà dello stipendio a seconda che contano dieci o più anni di servizio.

(6858) *Pensione.* — Dott. F. Z. da P. — Da calcoli fatti Ella compirà 24 anni sei mesi ed un giorno di servizio col 30 aprile 1918. E poichè le frazioni di anni di età superiori a sei mesi si contano per anno intero, potrà in quell'epoca liquidare su 25 anni di servizio e 54 di età. La pensione corrispondente a tali dati è di lire 893.

(6860) *Trattamento economico dei medici interini chiamati sotto le armi.* — Dott. G. C. da B. — Solamente ai medici condotti titolari è concessa la differenza fra lo stipendio civile e quello militare. Ai medici interini, la cui prestazione è assolutamente precaria e cessa ogni qualvolta essi si trovino nella impossibilità materiale di compiere due ufficii, è accordato il solo stipendio militare.

(6862) *Pensioni. - Versamenti volontarii.* — Dott. abbonato 3789. — Il tempo è troppo ristretto per poter fare versamenti volontarii da ottenere nel prossimo gennaio una pensione cumulativa di lire 2000. Con 26 anni di servizio e 55 di età Le compete l'annua pensione di L. 987. Per ottenere, invece, L. 2000, bisognerebbe versare fino al prossimo gennaio la somma di L. 21,515 pari a L. 3073 al mese. È da notare che la legge vieta di fare versamenti volontarii che eccedano complessivamente le L. 400 annue.

(6863) *Esonero dal servizio militare. - Rassegne.* — Dott. R. U. da C. — Se lascia la condotta per cui ottenne l'esonero come medico unico deve presentarsi ad intraprendere il servizio militare, tranne che nel nuovo Comune sieno già state precedentemente esperite le pratiche per ottenere che il proprio medico condotto sia dispensato dal prestar servizio perchè insostituibile ed indispensabile pel regolare andamento del servizio di assistenza sanitaria civile. Nella sua qualità di dispensato non può ottenere di essere riformato quando il Consiglio di leva lo ritenne abile e lo arruolò. Qualora si dovesse presentare alle armi dovrebbe fare domanda per essere sottoposto a rassegna. La mancanza di gran parte dei denti è motivo di riforma, specie se mancano i corrispondenti fra la mascella superiore e l'inferiore.

(6865) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. E. P. da Z. di G. — Non può decorrere lo stipendio di ufficiale se non dal giorno in cui si è assunto effettivo servizio e si è prestato giuramento. Pel tratto antecedente, se ha prestato servizio come semplice soldato, ha diritto, oltre alle consuete competenze militari, anche allo stipendio che prima percepiva come medico condotto. Detto stipendio Le è corrisposto dalla amministrazione municipale. I due mesi di stipendio da parte del Comune debbono essere corrisposti dalla conseguita nomina ad ufficiale, così come per gli impiegati civili dello Stato

tassativamente dispone il capoverso 4° dell'articolo 2 delle norme emesse in data 25 agosto 1916 dal Ministero del Tesoro.

(6867) *Sessennii.* — Dott. abbonato 625. — Il nuovo regolamento fatto dalla amministrazione della Congregazione di Carità non annulla lo Statuto della Opera Pia originaria, perchè lo Statuto è paragonabile ad una legge che non può essere innovata che da altra posteriore ma non da un semplice regolamento. Però il personale indicato nello Statuto non può pretendere i vantaggi che sono apportati dal regolamento, se in questo non sia espressamente indicato. I due medici chirurgi, stabiliti in pianta dallo Statuto, non possono, pertanto, chiedere il sessennio o la pensione, se il regolamento organico che accorda tali diritti al personale amministrativo della Congregazione di Carità, non dica espressamente che tanto l'uno quanto l'altro è riconosciuto eziandio in favore del personale tecnico dell'opera Pia, successivamente concentrata nella Congregazione di Carità. Ciò non esclude che Ella possa far domanda alla Congregazione di Carità per ottenere l'indennità caro-viveri e per ottenere una disposizione speciale, da approvarsi nei modi di legge dall'autorità competente, con cui si riconosca il diritto al sessennio anche al personale sanitario dell'opera Pia.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 6127.

I gradi di tenente, di capitano, ecc., in base agli anni di laurea, sono concessi ai soli ufficiali del ruolo di complemento. Occorre quindi, per conseguire tali promozioni, che il collega chieda di passare dalla milizia territoriale al ruolo degli ufficiali di complemento.

All'abb. n. 7619:

Potrà trovare recenti notizie sulle lesioni procurate e loro diagnosi nel «*Notiziario medico chirurgico per gli ufficiali medici della zona di guerra*» pubblicato per cura della *Sezione Sanitaria della Intendenza Generale Zona di Guerra.*

All'abb. n. 5484:

L'avanzamento nel personale della Croce Rossa avviene in base al Regolamento per l'avanzamento di detta Associazione, e quindi nulla ha a che vedere con esso quanto è stabilito per gli ufficiali dell'Esercito.

Possiamo però assicurare che il Regolamento in questione è ora oggetto di studii, perchè un'equa modificazione equipari le condizioni del personale *crocerossino* a quello militare.

Circa poi al parere con il quale la pratica della promozione a capitano venne respinta, esso è fornito da una commissione tecnicissima della quale, data la sua autorità indiscussa (ne fanno parte personalità di grande valore pratico e scientifico), il giudizio può ritenersi inappellabile.

Al dott. F. M. da C.:

Se il collega si trova in zona di operazioni percepisce già una indennità che non è cumulabile con altre.

All'abb. n. 4581:

Le circolari ministeriali che hanno disciplinato le equiparazioni dei gradi militari alle situazioni professionali non hanno effetto retroattivo.

Nessun diritto quindi a errata corrige od a indennità.

All'abb. n. 5566:

Se il collega è stato esonerato dagli impegni assunti con la Croce Rossa, è sempre libero di concorrere al grado di tenente medico della Sanità Militare.

Dovrà però attendere che venga bandito il concorso dal Ministero della Guerra e solo allora potrà inviare domande e titoli.

Al dott. M. C. da A.:

Le norme per l'avanzamento degli ufficiali medici dell'Esercito non sono le stesse che regolano quelle degli ufficiali della Croce Rossa, poichè la Croce Rossa ha un regolamento proprio per le promozioni del suo personale.

Al dott. S. M., Zona di Guerra:

Se gli ufficiali in questione appartengono ancora ai ruoli della Croce Rossa, anche se prestano servizio con unità della Sanità Militare, hanno sempre diritto allo stipendio di ufficiali della Croce Rossa.

All'abb. n. 8274:

Le indennità non si possono accumulare. Il collega ha quindi diritto al solo soprassoldo di guerra se si trova a prestar servizio in una zona ove tale soprassoldo competa.

Data la sua età (46 anni) ed i 24 mesi di servizio prestato in prima linea, può far domanda di avvicendamento.

All'abb. n. 870:

Il fatto di essere stato riformato per forte miopia non è causa di inabilità a fare il medico condotto.

Non è quindi il caso di inoltrare alcuna domanda, per ottenere di subentrare all'interino affetto da miopia che occupa il suo posto.

All'abb. n. 2545:

Nel marzo era stato fissato il limite per la presentazione delle domande, non l'epoca delle nomine a ufficiale effettivo. L'elenco dei nominati sarà pubblicato a suo tempo.

All'abb. n. 1740:

Le domande vengono trasmesse all'Ispettorato di Sanità ove una Commissione competente le esamina. La decisione, qualunque essa sia, viene poi notificata, a suo tempo, all'interessato.

All'abb. n. 4434:

Il collega ha diritto all'aumento quinquennale. La sua domanda diretta al Ministero non può essere respinta dalla Direzione di Sanità, che deve trasmetterla al Ministero in ogni caso, tutt'al più annotandovi il parere sfavorevole.

All'abb. n. 5430:

Essendo in congedo non ha diritto a promozione.

All'abb. n. 4497:

Avendo il collega accettato il titolo di assimilato, può il Ministero inviarlo a qualsiasi destinazione. Il collega ha però sempre diritto a dimettersi. Circa il titolo di *volontario* cui accenna, non è titolo ammesso nel servizio sanitario.

M. G.

ATTI PARLAMENTARI.

Disegno di legge sulla protezione ed assistenza degli invalidi della guerra.

Diamo il sunto della discussione avvenuta alla Camera dei Deputati sul testo del disegno di legge modificato dal Senato. (Vedi fascicoli 20 e 21).

L'on. BADALONI, dopo avere accennato ad alcune vicende del disegno di legge nei riguardi della tubercolosi contratta od aggravata dal servizio di guerra, osserva che, se si vuole che la legge possa avere un'applicazione larga, civile ed umana, essa deve includere la tubercolosi fra le malattie incontrate per servizio di guerra.

Si è determinata una forte recrudescenza di questa malattia per effetto della guerra. Non in Italia soltanto, ma ovunque. La Francia ha dovuto adottare urgenti provvedimenti di Stato per tentare di far argine al dilagare della infezione.

Uomini apparentemente validi, che nella vita civile attendevano alla loro professione, alle loro arti, ai loro campi, fronteggiando vittoriosamente l'infezione, sotto l'influsso della vita di guerra, che ne affievolisce la resistenza organica, non tardano a subire le conseguenze, fino allora evitate, della infezione; e la tubercolosi esplode, nelle caserme come nelle trincee, spesso sotto le forme più gravi.

Si è affermato che la vita militare, lungi dall'affievolire, ringagliardisca. Ma tale affermazione non è seria. Essa vale in quanto si riferisce alla massa dei giovani. In qualche caso lieve, iniziale, in qualche forma absoleta, può forse anche essersi verificato qualche miglioramento; ma il grande numero dei tubercolotici disgraziatamente non si è giovato di questa sedicente cura d'aria, fatta di strapazzi fisici, di tensione morale, di intemperie violente, di privazioni alimentari, di emozioni, di insonnia, di stenti.

I fatti accertati dalle stesse autorità sanitarie militari mostrano che molti dei tubercolotici non sono che vecchi riformati per tubercolosi, nelle successive visite di revisione ritenuti abili; e che da questi, nell'affollamento delle caserme nelle zone territoriali, dei baraccamenti nelle retrovie, delle trincee alla fronte, si sprigiona il contagio che va a colpire i giovani precedentemente immuni.

Le conoscenze che noi abbiamo ci permettono tuttavia di affermare che l'infezione primitiva, l'infezione contratta per contagio, è nelle file dell'esercito infinitamente meno frequente che non sia la riaccensione di antichi focolai latenti. La vita di guerra sarebbe, per così dire, il reattivo che svela le forme latenti della tubercolosi, anzichè l'agente che determina la malattia.

Recentemente il prof. Ronzoni, avendo avuto occasione di esaminare varie migliaia di militari tubercolotici, ha verificato che, col progredire della durata della vita militare, s'innalza la percentuale delle lesioni aperte, ossia infettanti, mentre diminuisce la proporzione delle lesioni chiuse, non pericolose. Il che dimostra che le fatiche della vita militare, che gli stenti e le privazioni inseparabili dalle contingenze di guerra, costituiscono la cagione che favorisce e determina la manifestazione della malattia, la quale all'arruolamento era forse allo stato latente.

Ai fini della legge in discussione, la tubercolosi deve dunque essere considerata come infermità incontrata per servizio di guerra: l'enorme logorio determinato dalle condizioni di questo servizio, rompe l'equilibrio, inverte i rapporti fra l'azione del germe e la difesa dell'organismo.

Lo Stato ha il dovere di provvedere. Esso deve riconoscere che il soldato, la cui condizione di salute fu giudicata così buona da ritenerlo abile e da adibirlo al servizio militare, dal quale doveva più tardi essere dimesso per tubercolosi, è da considerare, ai sensi della relazione ministeriale che accompagna questo disegno di legge, come un mutilato, come un invalido per servizio di guerra.

Se, nel regolamento per l'esecuzione di questa legge, non verranno riconosciuti i dimessi dall'esercito per tubercolosi come invalidi per servizio di guerra, essi non avranno le assistenze preconizzate dal Senato, non avranno la pensione: rimandati a casa senza soccorsi, senza consigli, privata la famiglia del sussidio militare dianzi percepito, gravata del peso di un ammalato da curare, abbandonata al contagio, nella miseria: ecco la sorte riservata a questi infelici ed alle loro famiglie; eppure essi fecero il loro dovere, combatterono contro il nemico, nel nome e per la difesa, per la libertà, per l'avvenire, per la grandezza del loro Paese.

Non è possibile questa rovina. È necessario che la malattia, la quale ha infranto la salute di tanti fratelli nostri infelici e pur troppo spezzerà forse inesorabilmente le loro esistenze, sia nel regolamento per la esecuzione di questa legge, riconosciuta come una malattia incontrata per servizio di guerra; è necessario che questo convincimento e questa volontà la Camera esprima con un voto.

L'on. PIETRAVALLE ricorda che il primo disegno di legge che venne dinanzi alla Camera, era opera di una Commissione centrale per i mutilati. Quella Commissione volle anzitutto che l'assistenza e protezione dei mutilati in Italia dovesse costituire dovere ed obbligo diretto dello Stato: concetto identico a quello che animava il progetto per l'assistenza e per la protezione degli orfani. Invece la Commissione della Camera dei Deputati, investita dell'esame del disegno di legge presentato dall'on. Salandra, modificò radicalmente questa nota fondamentale, lasciando alle generose iniziative private di provvedere a ricoveri-scuole di mutilati e storpi, e riservando allo Stato il solo cómpito di coordinare tali istituti, di vigilarli, d'integrarne le deficienze. Il Senato ha rivendicata e riprodotta la fondamentale sanzione dell'obbligo statale, diretto ad assumere l'assistenza e la protezione degli invalidi della guerra.

Vi è un altro obbligo che informò il primo disegno di legge sulla assistenza e protezione dei mutilati: la prima Commissione centrale discusse ampiamente circa l'obbligo della rieducazione professionale, e le risultanze dei suoi dibattiti furono rias-

sunte in un ordine del giorno comunicato fin da allora al Ministero della guerra, perchè ne curasse l'adozione. Nel disegno di legge discusso ed approvato dalla Camera dei deputati, questo cardinale criterio per l'assistenza sociale dei mutilati in Italia venne accolto, ma alquanto attenuato nell'articolo 14, il quale stabilisce che «*i militari invalidi*, i quali non dieno sicuro affidamento di poter provvedere del proprio alla loro rieducazione, e che non richiedano altro trattamento, *saranno trasferiti negli Istituti e nelle scuole di rieducazione professionale* esistenti, o da istituire». Questa nota fondamentale era già stata trasfusa nell'articolo 3 del decreto luogotenenziale 10 agosto 1916.

La Commissione centrale per gl'invalidi della guerra aveva invece discusso e formulato un apposito ordine del giorno, con cui si affermava esplicitamente l'obbligo della rieducazione. Unico dissenziente, in seno alla Commissione centrale, fu il sen. Foà. Eppure è prevalso il concetto della facoltatività della rieducazione, in seno alla Camera Alta. Ora, è certo che, negando l'obbligo della rieducazione, la legge fallirà in buona parte ai fini sociali che si proponeva.

Il Senato ha sfrondato il disegno di legge uscito dalla Camera dei deputati, di una notevole quantità di norme che possono invece trovare più opportuna sede nel regolamento da compilarsi nel termine di tre mesi.

L'articolo 6 del disegno di legge compilato dal Senato ha accolto, per gli ufficiali mutilati, il principio già stabilito dall'articolo 12 del D. L. del 10 agosto 1916, ove è detto che «gli ufficiali che a norma delle vigenti disposizioni fossero dichiarati invalidi della guerra potranno, quando l'infermità consenta loro di prestare utile servizio a giudizio dell'autorità militare, rimanere in servizio». Ciò malgrado, già qualche troppo restrittiva interpretazione e riprovevole applicazione si era avviata dal Dicastero della guerra circa taluni ufficiali mutilati. L'O. sollecita il Governo a provvedere.

L'on. MAFFI è convinto che, fino a quando non sarà stabilito che cosa spetti agli invalidi di guerra, avrà scarsa importanza il sapere come sarà dato.

Oggi si va lavorando per rendere effettiva la disposizione dell'articolo 22 del decreto 10 novembre 1916, che tende a trasformare le categorie di invalidità di fronte al concetto della residuale capacità al lavoro proficuo. Ma bisogna arrivare alle ultime conseguenze di questo concetto, cioè sostituire al criterio anatomico quello funzionale, anche in rapporto alle attività professionali.

Richiama l'attenzione della Camera sopra un pericolo: si stabiliranno differenze individuali fra invalidi a cui è stata assegnata la pensione nel 1916 e quelli a cui sarà assegnata nel 1917 o 1918.

In vista di tali inconvenienti, l'O. avrebbe trovato opportuna la sospensiva.

La legge per gli invalidi di guerra deve diventare una legge per gli infortuni di guerra. Si deve considerare un uomo non come un soldato, ma come un lavoratore; tener conto della riduzione della capacità lavorativa; in secondo luogo si deve dare una addizionale di indennizzo per la riduzione della presunta vitalità, epperò del presunto accorciamento della sopravvivenza, in seguito alla ferita o alla malattia subita; infine si deve assegnare una addizionale per quelle forme che rendono indispensabile l'assistenza degli invalidati.

Non è giustificato che il diritto ad indennizzo si abbia solo nel caso che la capacità lavorativa e la sopravvivenza siano state lese da fattori traumatici. Anche la malattia andrebbe considerata come causa di invalidità.

Il problema della tubercolosi rientra nei problema delle malattie determinate dalle condizioni di guerra. Ricorda, in proposito, la discussione avvenuta al Senato.

Di fronte all'autorità sanitaria militare il cittadino che abbia la sventura di essere stato riconosciuto tubercoloso manifesto ed inguaribile, e che possa anche dimostrare un rapporto tra il servizio militare e il suo stato di salute, deve oggi intraprendere una lunga *corvée*, farsi attore del proprio diritto, provare il più delle volte contro la convinzione dei medici, in base a fatti, che la malattia non esisteva precedentemente in alcun modo, e che siasi manifestata *ex novo* durante il servizio militare. Ma il documento della precedente salute di quel dato individuo, sta appunto nella sua abilitazione a sostenere fatiche gravi, quali sono quelle del servizio militare in tempo di guerra.

Vorrebbe che questa chiara concezione, la quale ormai deve essere entrata nella mente di tutti per ciò che riguarda il problema della tubercolosi, si riflettesse su tutte le altre malattie che sono causa di invalidità o di morte: pneumoniti, cardiopatie, artriti, ecc.

È infine urgente che la legge stabilisca le modalità attraverso le quali un cittadino possa far valere il suo diritto. È questo un problema tanto più grave, in quanto esso è anche l'indice di una ingiustizia di classe. Il povero ha bisogno di essere difeso contro una fiumana di ingiustizie che sono il più grave danno alla salvezza della patria.

L'on. ORLANDO V. E., *ministro dell'Interno*, all'on. Maffi osserva che la legge attuale dovrà essere integrata dal trattamento delle pensioni. Una legge sulle pensioni ha già provveduto, sia pure inadeguatamente; è ora in corso di studi la riforma di quel sistema; onde cadono quasi tutte le considerazioni fatte dall'on. Maffi sulle pensioni.

È ormai riconosciuto che l'invalidità, che determina un insieme di obblighi dello Stato, può essere conseguenziale non solo di un trauma, di una lesione, ma anche di una malattia. Poichè indubbiamente la guerra, con quel complesso di cause che richiedono alla vitalità umana il rendimento massimo, la tensione estrema, la dispersione più grande di tutte le energie vitali, indebolisce la resistenza, e pare che determini un ciclo più rapido di quelle cause che portano poi al morbo e alla mortalità in un periodo di tempo molto breve.

Ad esempio, un medico svizzero ha riconosciuto che la demenza paralitica, la quale in genere produce i suoi effetti letali nell'età fra i 40 e i 50

anni, è ora frequentissima nei militari dai 20 ai 30 anni.

Occorre provvedere adeguatamente.

La miglior maniera di difendere l'invalido della tubercolosi, poichè a suo riguardo non si può discutere di rieducazione, è quella di ricoverarlo in un sanatorio; ma i sanatorii non si improvvisano.

Abbiamo già un'istituzione, degna della maggiore ammirazione, fondata dalla Croce Rossa, che ricovera i militari tubercolotici, ed altri nuovi istituti si preparano. Si è dunque sulla via segnata dagli on. Maffi e Badaloni.

All'on. Pietravalle dichiara che il Senato non ha toccato affatto la sostanza del disegno di legge.

Quanto alla rieducazione professionale obbligatoria, obbietta all'on. Pietravalle che i mezzi coercitivi sarebbero odiosi verso uomini che hanno dato alla Patria la miglior parte di sè stessi. Non si può volere che col pretesto di far loro cosa giovevole, si assoggettino gl'invalidi a vessazioni. Quindi bisogna rimettersi alla loro spontanea volontà, ed evitare di scrivere un obbligo di rieducazione verso chi non vuole rieducarsi: sarebbe un non senso. La soluzione escogitata dalla Commissione, accolta dalla Camera e mantenuta dal Senato, consiste nel farli semplicemente ricoverare in un istituto di rieducazione. Si è dovuto aggiungere «*possibilmente*» poichè abbiamo già da novemila a diecimila mutilati, mentre si dispone soltanto di circa duemila o duemila e cinquecento letti; quindi la possibilità materiale di ospitarli non c'è. La Commissione ha però formulato un ordine del giorno in cui invita il Governo a moltiplicare la sua opera perchè questa possibilità si traduca in atto. A tale riguardo, sarà bene ammettere che gl'inabili frequentino anche da esterni gl'istituti di rieducazione.

L'on. CHIESA, *relatore,* osserva che la questione principale agitata è stata quella dei tubercolotici. La conclusione che si può trarre dalla discussione avvenuta è questa: chiunque venga riformato per tubercolosi è riformato per causa di servizio.

Nella formazione del Consiglio non sarà dimenticata la categoria dei medici che talvolta è calunniata, poichè se ci può essere, è vero, qualche medico troppo rigido nelle visite di leva, qualcheduno troppo sgarbato nelle visite al fronte, la maggior parte degli ufficiali medici, che sono venuti dalla borghesia, hanno lasciata la loro lucrosa professione, e compiono con abnegazione il loro dovere al fronte. Essi meritano tutta la nostra lode, per la grande pietà che hanno verso i nostri soldati.

Converrà fare in modo che per la rieducazione non manchino i mezzi all'Opera Nazionale, e che il mezzo milione stanziato venga accresciuto.

L'O. fa altre considerazioni speciali.

L'on. ORLANDO V. E., *ministro dell'Interno,* oltre a tre ordini del giorno proposti dalla Commissione, accetta quello Mancini, che tende a semplificare e rendere più spedite le forme burocratiche, e ad aumentare le garanzie in favore degli invalidi; accetta quello Magliano e di altri, che contiene una più esplicita dichiarazione relativa agl'invalidi per effetto della tubercolosi; non accetta quello Maffi e Dello Sbarba, perchè il contenuto di esso è da una parte assorbito nel presente disegno di legge, e dall'altra in un prossimo disegno, che dovrà essere sottoposto all'approvazione della Camera, sulle pensioni.

L'ordine del giorno dell'onorevole Magliano, accettato dal Governo ed approvato dalla Camera, suona:

«La Camera riafferma il concetto che la tubercolosi sia da considerarsi come causa di invalidità incontrata per ragione della guerra, e ciò a tutti gli effetti di legge».

Chiusa la discussione generale, si procedette all'esame degli articoli, che risultarono approvati con poche discussioni.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

La Conferenza interalleata di Parigi per gli invalidi.

Il Congresso testè tenutosi a Parigi per lo studio di tutte le questioni che interessano l'assistenza agli invalidi di guerra ha avuto una notevole importanza non solo per i numerosi intervenuti di tutti i paesi alleati che vi hanno preso parte, ma anche per l'entità delle questioni che si sono trattate e che l'ampia discussione ha potuto opportunamente lumeggiare.

Data la grande varietà degli argomenti, il congresso si è dovuto suddividere in sei sezioni, che si sono riunite in sedute parziali nelle varie sale del Grand Palais, che era stato dal Governo francese messo a disposizione dei congressisti.

Fra le varie questioni che sono state soggetto di discussione nelle sezioni notiamo anzitutto quelle trattate in seno alla prima sezione che avevano per oggetto la *rieducazione fisica* degli invalidi; importantissimo argomento questo non solo dal punto di vista economico e sociale, ma anche da quello militare, del recupero di molti invalidi pei bisogni stessi dell'esercito.

In Francia le autorità militari, molto opportunamente hanno provveduto affinchè tutti gli inabili più o meno temporanei che escono dagli ospedali chirurgici, lungi dall'essere inviati alle solite dannosissime licenze durante le quali l'invalidità molto spesso non fa che aggravarsi e per così dire *fissarsi,* oppure di esser mandati ad oziare per un certo tempo nei depositi reggimentali o nei convalescentarii ove, lontani dall'osservazione e dalle cure di qualsiasi medico esperto, rischiano di andare incontro alle stesse deplorevoli conseguenze, siano avviati in speciali istituti che si chiamano *Depositi di fisioterapia.*

Questi *depositi* che non sono più degli ospedali, ma non sono ancora delle caserme, sono situati in vicinanza degli ordinarii grandi ospedali fisioterapici e ne esiste in media uno per dipartimento, in modo che i ricoverati nei depositi possano anche fruire ambulatoriamente di tutte le cure fisiche di cui abbiano eventualmente bisogno.

La possibilità di istituire grandi reparti per cure fisiche e specialmente sezioni chinesiterapiche è facilitata, in Francia, dal fatto che colà sono molto in uso i così detti apparecchi meccanoterapici *de fortune*.

Sono essi costituiti in legno, su modelli molto semplici, che meriterebbero di aver presso di noi una assai maggior diffusione, poichè mentre con essi è possibile l'applicazione di quasi tutte le cure graduate di ginnastica medica attiva e passiva per le quali fino ad ora si riteneva indispensabile il costoso e pesante macchinario di Zander, il loro prezzo mite e la possibilità di moltiplicarne gli esemplari nell'attuale penuria dei metalli, costituiscono degli indiscutibili vantaggi.

Il gran segreto però delle guarigioni che si effettuano in un tempo relativamente breve per la gran parte dei ricoverati, in modo che la percentuale fra essi dei riformati è assai bassa, dipende sopratutto dal diligente trattamento di ginnastica medica e fisiologica e di esercitazioni collettive graduali alle quali, sotto la guida e gli ordini di esperti maestri (*moniteurs*), e con la vigilanza e la direzione dei medici, i convalescenti vengono sottoposti.

Presso il Centro di cure fisioterapiche nel Grand Palais di Parigi esiste appunto uno di questi depositi di fisioterapia capace di più di mille posti-brande, che i congressisti hanno potuto visitare ed ammirare nel suo funzionamento.

Di lì gli invalidi temporanei, i così detti *petits blessés*, escono dopo in media una paio di mesi con la dichiarazione di abilità a tutti i servizi, e con una *fiche* che contrassegna e misura tutte le varie potenzialità riacquisite dai loro arti e che dovranno portare con sè al reggimento.

Del resto in Francia gli inabili temporanei vengono anche utilizzati per determinati periodi di tempo con grande vantaggio a fianco degli inabili permanenti nei lavori agricoli, specialmente presso le scuole di agricoltura e del lavoro professionale in genere, purchè sorvegliato e diretto dal medico: ne ha trattato appunto una importante comunicazione del prof. Imbert della Facoltà di Montpellier.

Altra questione ampiamente discussa se non risolta in tutta la sua complessità, è stata quella dell'apparecchio di protesi da dare ai mutilati. Anche in Francia ci si orienta ormai verso gli apparecchi tipo americano in legno fasciato di pergamena per la protesi dell'arto inferiore, ma tali apparecchi sono dati più che sia possibile tardivamente, mentre si ha cura di applicare molto precocemente anche prima della guarigione chirurgica l'apparecchio di protesi provvisoria, il cui uso associato alle altre cure fisiche serve a rendere il moncone adatto all'arto definitivo.

Nei locali del Grand Palais ha figurato, durante il congresso, una esposizione della Protesi nella quale le nazioni alleate avevano concorso più o meno ampiamente. Anche l'Italia ha partecipato alla mostra, ma in maniera forse non abbastanza adeguata alla sua buona produzione ed al grado di importanza che ha assunto presso di noi l'arte della protesi. Pur tuttavia gli oggetti e gli apparecchi esposti dall'Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna, dall'Istituto nazionale di protesi di Milano e dalla officina della Casa di rieducazione di Torino sono stati molto osservati e lodati, e lo stesso Presidente della Repubblica nella sua visita all'esposizione ha avuto parole di ben meritato encomio per quanto era stato esposto dagli Istituti italiani.

Il Congresso, nel lavoro delle sue sezioni, si è poi anche occupato molto dettagliatamente della rieducazione professionale; e le questioni riguardanti la orientazione professionale, l'epoca più adatta per iniziare la rieducazione, il vario uso degli apparecchi lavorativi, l'impiego degli invalidi, i loro interessi sociali ed economici, sono stati oggetto di lunghe discussioni e di comunicazioni interessanti.

Tali studii furono completati dalle visite, che i congressisti hanno fatto, alla scuola di rieducazione agricola di Grignon, alla scuola di rieducazione professionale di S. Maurice ed alla colonia di lavoro belga di Port-Villez, ove hanno potuto ammirare una organizzazione che sarei tentato di chiamare *socialistico-militare*, fatta dai belgi in un ampio territorio del dipartimento dell'Oise.

Ivi in grandiosi e ben arieggati baraccamenti sono alloggiati gli invalidi, e in altre ampie costruzioni, pure baraccate e disposte in serie lungo un grande viale, sono istituiti gli *ateliers* delle varie arti e mestieri.

A Port-Villez con regole e disciplina militare sono raccolti oltre mille invalidi belgi e le industrie che vi vengono esercitate sono così fiorenti, e l'organizzazione a tipo cooperativistico vi è così perfetta, che la colonia basta ampiamente a sè stessa e si mantiene esclusivamente con i proventi del proprio lavoro. Maggiore G. Mendes.

Per i soldati ciechi

Riceviamo:

Alla Direzione *Il Policlinico*

Mi pregio accludere vaglia bancario di lire settanta (N. D 846153) quale somma raccolta fra gli ufficiali degenti malati nell'ospedale militare degli Angeli qui a Verona.

Tale somma si prega codesta Direzione di versarla a soldati completamente ciechi per ferite di guerra, onde onorare la memoria del Tenente medico dott. Condurelli Antonino da Misterbianco (Catania), deceduto in questo ospedale degli Angeli il giorno 23 corrente.

Prego inserire nel *Policlinico*, come segno di ricevuta, l'offerta e me ne mandi copia.

Con stima.

Dott. Giuseppe De Renzi

Capitano medico Treno attrezzato 27, Zona di Guerra.

Verona, 26 maggio 1917.

Abbiamo rimesso l'elargizione di cui sopra alla Scuola di Rieducazione per i ciechi (Reparto di Villa Aldobrandini), diretta dal prof. Romagnoli, cieco, il quale ne curerà la distribuzione ai militari bisognosi.

NOTIZIE DIVERSE

Alla Clinica Medica di Roma.

La Facoltà Medica di Roma, adunatasi il 6 corr., ha deliberato di chiamare il prof. Vittorio Ascoli, ordinario di patologia medica dimostrativa presso l'Università di Pavia, a coprire la cattedra di clinica medica presso l'Università di Roma, rimasta vacante per la morte del compianto prof. Baccelli.

Il risultato della votazione è stato il seguente: 12 voti al prof. Ascoli, 3 al prof. Schupfer, 1 astenuto, 2 schede bianche.

Il «Policlinico» è orgoglioso di questa designazione, e porge i suoi rallegramenti al prof. Ascoli.

Istituto Parmense Pro Mutilati.

Il 13 maggio, nel teatro «Reinach» di Parma, presenti le autorità civili e militari, vennero premiati in modo solenne gli invalidi di guerra dell'Istituto Parmense Pro Mutilati, i quali superarono lodevolmente gli esami di compimento elementare in n. 51; gli esami di agraria in n. 36; gli esami di telegrafia in n. 15. A tutti questi alunni furono consegnati dei premi in libri di coltura generale di agricoltura, in cartelle del Prestito Nazionale, istrumenti agricoli, orologi, medaglie. Vennero pure consegnate n. 47 cartelle di L. 100 agli invalidi di guerra frequentanti le scuole professionali. Da questi dati statistici si rileva la grande importanza fattiva della Istituzione, la quale presto potrà accogliere dai 300 ai 350 infortunati di guerra.

Ideatore e fondatore di questa Istituzione, che nel suo organamento si può dire unica in Italia, fu il colonnello cav. Scipione Rinaldi, direttore degli Ospedali Militari della Divisione di Piacenza, il quale trovò nel prof. Fortunato Melocchi, direttore dell'Istituto, un valido cooperatore.

La posta americana.

Ci pervengono con molta regolarità i giornali medici americani; basti dire che non manca nessun fascicolo alle nostre collezioni. È questa una prova evidente che la guerra dei sottomarini fallisce, in gran parte, al suo scopo, almeno per quanto concerne i nostri rapporti con i paesi dell'America.

Ci è accaduto soltanto qualche volta di ricevere insieme i giornali di due o tre settimane.

L'8 maggio c. a. a Venezia, in uno sciagurato incidente aviatorio, a soli 29 anni, perdeva la sua rigogliosa giovinezza il capitano medico della R. Marina Dott. GIUSEPPE TAMBORELLI di Alvignano (Caserta).

Entrato brillantemente in carriera alla fine del 1912, partecipò allo sbarco di Tolmetta, alla prima Missione Sanitaria in Albania, e — durante i nostri due anni di guerra — a bordo d'un cacciatorpediniere, visse tutte le ansie e tutti i pericoli della nostra gloriosa Marina nell'Adriatico.

Anima nobilissima, ingegno svegliato, viveva in una calda atmosfera di stima e di simpatia; e per l'efficace ed affettuosa sua opera prestata ai superstiti della corazzata francese «L. Gambetta» aveva meritato dal Governo della Repubblica uno speciale attestato di benemerenza.

Arrestato da un tragico destino nel corso ascensionale della carriera che le sue virtù gli promettevano, lascia una larga scia di benevolenza e di compianto fra le persone che lo conobbero e non poterono che diventargli amici.

Dott. ANTONIO TOMMASELLI.

Si è spento a Napoli il dott. ADOLFO BIONDI, libero docente in patologia medica. Apprezzatissimo è il suo «Trattato di Semiotica medica», del quale sono state fatte varie edizioni. Aveva allestito un «Trattato di Patologia speciale medica», del quale doveva ora iniziare la pubblicazione. Lascia molti lavori di pregio, tra i quali sono: «L'epatite suppurata e l'ascesso del fegato», «La pleurite interlobare», ecc., ecc. Si era conquistata una stima immensa tra gli studenti e nella clientela. Fu modestissimo; d'animo eccellente. Era nato nel 1846.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 17 giugno 1917* **Fasc. 25.**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI FARMACOLOGIA E TERAPIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI.

La canfora nelle malattie cardiaco-vasali.

Prof. PIO MARFORI.

Le ricerche farmaco-terapeutiche eseguite in questi ultimi anni intorno all'azione della canfora sul sistema cardiaco-vasale hanno messo in luce alcune sue proprietà e certe sue applicazioni terapeutiche sulle quali merita venga in modo speciale richiamata l'attenzione dei medici.

La canfora è stata finora considerata essenzialmente come una delle ultime risorse per prolungare la vita di un cuore malato ed esaurito. Pertanto l'uso della canfora (iniezioni di olio canforato) è quasi esclusivamente riservato a combattere il collasso cardiaco nelle malattie infettive acute o croniche o la minacciante paralisi del cuore negli ultimi stadî delle malattie cardiache.

Senonchè, considerando bene le proprietà farmaco-dinamiche di questo rimedio, dobbia-

mo indurci a fare un più esatto e largo apprezzamento del suo compito terapeutico.

È già noto da tempo che il cuore (rana) paralizzato dall'azione del cloralio, torna a pulsare per azione della canfora, mentre l'atropina non sospende l'azione paralizzante del cloralio. Avendo il Rohde (1915) dimostrato che il cloralio paralizza il cuore per azione sugli apparecchi eccito-motori intracardiaci, si può ritenere che la canfora eserciti sugli stessi apparecchi un'azione eccitante, antagonista a quella del cloralio.

Un'altra proprietà della canfora consiste nell'indebolire o anche sopprimere l'azione inibitrice dell'eccitazione del vago sul cuore (Harnack, Withowski, Loewi); e tale influenza sul vago venne confermata tanto per la canfora destrogira che per sinistrogira dal Pari (1908).

Si è potuto dimostrare che quest'azione della canfora è dovuta ad un esaltamento della funzione degli apparati eccito-motori del cuore. È anche notevole il fatto che la canfora fatta agire sul cuore isolato di mammiferi (metodo del Langendorff) produce generalmente aumento del *numero* e dell'*ampiezza* delle pulsazioni cardiache e, ciò che maggiormente interessa, sul cuore avvelenato da cloralio fino a ridurre le pulsazioni quasi impercettibili, la canfora riesce a riportare rapidamente al normale le pulsazioni e a regolarizzare il ritmo, come venne recentemente dimostrato, con ricerche eseguite sotto la mia direzione, dal dott. G. Leone (1916).

Poichè gli impulsi eccito-motori automatici per il regolare funzionamento del cuore si originano *principalmente* nel modo di Keith e Flack — che nell'uomo trovasi nel solco esistente fra la vena cava superiore e l'orecchietta — così la canfora esercita assai probabilmente la sua influenza, che può considerarsi come *elettiva*, direttamente eccitando il *nodo del seno*. Questa particolare formazione anatomica che le moderne ricerche hanno dimostrata così importante per la fisio-patologia del cuore, assume in tal modo anche un grande interesse dal punto di vista farmacologico e terapeutico.

Il nodo del seno, secondo le ricerche di Keith e Flack, di Morison ed altri, non risulta soltanto di fibre muscolari speciali, ma anche di abbondanti e svariati elementi nervosi (cellule e fibre).

Intorno all'azione vasale della canfora si ammetteva un tempo che essa esercitasse essenzialmente effetti ipertensivi, sebbene non continuativi, ma alternantisi con periodi di pressione normale.

Il fatto era attribuito ad eccitazione periodica provocata dalla canfora sul centro vasocostrittore. Studî più accurati hanno per altro portato a conclusioni molto diverse. Il Liebmann (1911) ho trovato che la canfora dilata i vasi polmonari, abbassa notevolmente la pressione nel ventricolo destro e diminuisce le resistenze nella circolazione polmonare. La sola enunciazione di questi fatti ne pone in evidenza la grande importanza.

L'azione della canfora sulla grande circolazione studiata recentemente sotto la mia direzione dal dott. G. Leone (1916), è pure essa molto caratteristica. Si è potuto dimostrare che le piccole e medie dosi producono costantemente una *diminuzione* della pressione arteriosa e nello stesso tempo aumentano l'ampiezza delle pulsazioni cardiache. La *ipotensione* è dovuta alla generale vasodilatazione prodotta dalla canfora, vasodilatazione che prevale per gli effetti pressori sul rinforzo delle pulsazioni cardiache che contemporaneamente si osserva.

La canfora deve pertanto essere considerata come un *rimedio vasodilatore ed ipotensore tanto del grande come del piccolo circolo sanguigno.*

Soltanto le dosi tossiche di canfora dànno luogo ad aumento della pressione arteriosa che si accompagna a fenomeni convulsivi e che pare indipendente dai centri vasomotori, perchè si osserva anche nella profonda narcosi, allorchè tali centro sono resi ineccitabili. Ma questi effetti tossici non interessano direttamente la terapia.

* * *

Da quanto si è detto finora emergono le più importanti applicazioni terapeutiche della canfora nelle malattie cardiaco-vasali, che brevemente riassumerò:

Nel corso delle *miocarditi croniche* con semplice insufficienza cardiaca, con alterazioni del ritmo, con fibrillazione auricolare (follìa del cuore, polso irregolare perpetuo), nessun altro farmaco può competere colla canfora nel sostenere l'attività del cuore e nel regolarizzare il polso. Ho potuto constatare che gli effetti benefici ottenuti colla canfora si mantengono molte volte anche dopo sospesa la cura, ma è in generale necessario che questa, nelle miocarditi croniche, sia fatta in *modo sistematico* e per un periodo di tempo piuttosto lungo. A seconda dei casi possono usarsi iniezioni ipodermiche di olio canforato (una o due iniezioni giornaliere di gr. 0,10 canfora ciascuna), ovvero la canfora può darsi per bocca alle stesse

dosi (in pillole, ecc.), poichè è ben tollerata e può esercitare anche una utile influenza sulle funzioni del tubo digerente.

Nei *vizi valvolari*, allorchè fra i disturbi circolatori predomina essenzialmente la *ipertensione nel ventricolo destro e nel piccolo circolo*, la canfora rappresenta — a mio giudizio — il rimedio più razionale e praticamente più efficace. È noto che il suindicato disturbo circolatorio si verifica specialmente nei vizî valvolari della polmonare e della tricuspide (insufficienza, ecc.) e che esso sta spesso in istretto rapporto anche con *malattie gastro-epatiche* determinanti dilatazione del cuore destro e spasmo dei vasi polmonari. L'efficacia quasi elettiva della canfora in tali sindromi morbose permette di considerarla come il *farmaco del cuore destro*.

In tutti casi in cui il *cuore è assoggettato* ad un maggiore lavoro per aumento di resistenza nell'*albero respiratorio*, è indicato l'uso della canfora. Un esempio ci è fornito dalla *sclerosi polmonare da tubercolosi;* spesso infatti nei tubercolotici avanzati il ventricolo destro è ipertrofico (Reuter e Hirsch) e vi è accentuazione del 2° tono alla polmonare (Krehl)

Infine contro la *ipertensione arteriosa* da ipertofia del cuore, da spasmo vasale (ipertensione della menopausa), da arteriosclerosi, ecc., la canfora può essere somministrata con vantaggio.

Come è ben naturale, il trattamento terapeutico con la canfora può essere associato a quello con altri rimedî cardiaci, diuretici, modificatori della pressione e via dicendo, a seconda delle indicazioni presentate dal caso speciale.

In conclusione, credo si possa ritenere la canfora quale uno dei più efficaci rimedî della funzione del cuore e dei vasi, non inferiore sotto certi aspetti ai farmachi del gruppo della digitale e della caffeina. La canfora è capace di indurre particolari benefiche modificazioni sulle alterate funzioni fondamentali del miocardio, atte a rimuovere gravi disturbi batmotropî, dromotropî e cronotropî; inoltre rappresenta spesso il rimedio da preferire nella insufficienza funzionale del ventricolo destro.

Dobbiamo pertanto considerare la canfora non soltanto come un rimedio del periodo preagonico, ma bensì quale un farmaco che, opportunamente somministrato, può dare beneficî grandissimi lungo tutto il decorso di varie malattie cardiache e vasali con indicazioni sue proprie, distinte da quelle di altri farmaci cardiaci, ai quali tuttavia può venire anche associato.

SERVIZI SANITARI.

La scheda biografica clinica riassuntiva del soldato ferito o infermo in guerra (1)

per il prof. SALVATORE OTTOLENGHI

I.

1) La compilazione di una *scheda biografica clinica riassuntiva* per il soldato ferito o infermo presenta un interesse clinico, medico-legale e sociale.

Interessa dal punto di vista clinico perchè possa essere accertata la natura della lesione, dell'infermità e si possa portare un pronto, efficace contributo curativo, per avviare il soldato nelle case di educazione e rieducazione professionale ad un proficuo lavoro; interessa dal punto di vista clinico e medico-legale di fronte al grave problema della simulazione che non si risolve mai nell'esame di un sintomo, ma nell'esame di tutta la personalità; interessa dal punto di vista medico-legale in ispecie per l'apprezzamento esatto delle abilità residuali al servizio militare e al lavoro in genere e per la conoscenza dei rapporti di causalità per ammettere o no la causa di servizio; interessa infine dal punto di vista sociale per l'importanza economica e morale del problema delle pensioni e delle condizioni dell'invalido dopo la guerra.

2) Quali sono le condizioni attuali riguardo la questione che ci interessa, riguardo cioè i dati necessari per tutte queste evenienze?

Informino «i fogli di sala» che in molti luoghi di cura costituiscono l'unico documento col quale arriva il soldato, informino le storie cliniche che per quanto redatte, e con diligenza, negli ospedali delle retrovie si disperdono sovente nelle diverse peregrinazioni del soldato; informino le lunghe more negli ospedali di osservazione, le più o meno prolungate licenze di convalescenza. Su quali dati potranno sovente basarsi i pareri delle Commissioni medico-legali nelle successive rassegne per accertare i rapporti di causalità tra il servizio e la lesione? Eloquenti cifre si potrebbero citare di proporzioni straordinariamente diverse fra pareri positivi e negativi emessi a questo riguardo presso i Consigli d'Amministrazione dei reggimenti, presso le Direzioni di Sanità, presso l'Ispettorato e finalmente per parte del Ministro stesso, causa appunto la deficienza di dati positivi.

---

(1) Comunicazione alla R. Accademia Medica di Roma, 27 maggio 1917.

Si prospettano evidenti previsioni sfavorevoli, economiche e morali per il dopo guerra ci si affaccia penosa la figura dell'infortunato della guerra postulante litigioso, delle lunghe controversie, ecc., rinnovanti gli episodî noti dell'infortunistica.

3) Quali le cause? Non mancano i documenti, non manca in generale almeno negli ospedali delle retrovie il tempo per utilizzarli. Si redigono ottime storie cliniche già anche nei primi luoghi di cura, non mancano i verbali di Consiglio di amministrazione; per ogni soldato esistono poi un buon foglio matricolare e caratteristico e il libretto personale; non mancano informazioni a richiesta di Autorità civili.

Ma quello che difetta è la coordinazione del lavoro, l'utilizzazione dei documenti clinici e biografici amministrativi, ma più di tutto manca il *convincimento* della necessità del concorso di ogni sanitario in quest'opera di medicina sociale.

Questo è il pernio della questione; il sanitario (mi riferisco specialmente al militare non di carriera) ha interpretato splendidamente la sua funzione clinica e igienica nel tempo di guerra ma non ha inteso sufficientemente la sua funzione medico-legale e sociale, la grave responsabilità che a lui spetta in queste circostanze; eppure nessuno più di lui deve essere consapevole della necessità di avere a disposizione dati clinici e biografici tali da offrire la base sicura dei pareri delle Commissioni medico-legali.

II.

1) Questi concetti mi inducono a proporre una scheda biografica clinica riassuntiva che tutti i documenti clinici militari dovrà riassumere e compendiare.

Questa scheda è ispirata a principî scientifici e a principî pratici. Anzitutto si impongono i rapporti che scienza e pratica tuttodì dimostrano sempre più stretti tra lesione e malattia e la *personalità del soggetto*. La conoscenza dei precedenti clinici e biografici, la conoscenza della personalità fisica e psichica del soldato è indispensabile per convenientemente giudicare di una ferita, di una malattia e dei quesiti medico-legali connessi.

Ogni dì si mostrano poi più evidenti gli stretti rapporti che vi sono tra il contegno nella vita borghese o il contegno nella vita militare, tra il contegno nei luoghi di cura e il contegno al reggimento, in trincea e in congedo.

Il quesito della simulazione ne è un esempio dei più evidenti; oramai, salvo qualche clinico unilaterale, tutti convengono che non si risolve che eccezionalmente il grave quesito colla constatazione di un sintomo; occorre uno studio completo della personalità e dal punto di vista clinico e dal punto di vista antropopsicologico e dal punto di vista biografico.

Ogni dì poi più si impone la individualizzazione biopsichica del soldato e per le diverse incombenze nel servizio militare e ai fini, in caso di invalidità, di una razionale rieducazione professionale. Non si è mai affacciata evidente come ora la necessità della specializzazione e utilizzazione delle diverse attitudini dimostrate dal soldato nella vita borghese e nella vita militare che nell'attuale guerra sono così intimamente fuse.

Ci ispira infine la visione dell'avvenire dell'invalido *dopo la guerra* ai fini della prevenzione del suo sfruttamento e della sua demoralizzazione, nell'interesse economico e morale del paese. La scheda biografica clinica riassuntiva del soldato di oggi deve costituire la parte più essenziale della scheda dell'ex-soldato invalido — secondo gli stessi criterî di assistenza sociale ai quali dovrà essere ispirata «l'Opera Nazionale» istituita per legge.

2) Questa scheda biografica clinica deve essere compilata sulle seguenti basi:

Deve utilizzare e coordinare il lavoro delle diverse Autorità civili, militari e sanitarie, riunendo, riassumendo e integrando le note militari e le note cliniche, che si trovano nel foglio matricolare e caratteristico, nella storia clinica. Deve essere orientata alla massima obbiettività e alla maggiore sicurezza di dati. Eliminate ogni perifrasi, eliminato ogni accessorio deve limitarsi alla registrazione di *dati di fatto*, riservando scarsissima parte agli apprezzamenti. Ma degli uni e degli altri devono essere citate le fonti (documenti militari, documenti clinici, informazioni e la parola stessa del malato).

La compilazione di questa scheda consiste quindi in una rubricazione *successiva* dei dati che vengono a farsi noti dal reggimento ai diversi luoghi di cura e di rieducazione, venendo così a formare un indice sommario riunente tutti i dati più essenziali e le note più salienti degli altri documenti.

Negli ospedali di prima linea si limiterà il sanitario alla registrazione della lesione della malattia originaria e delle circostanze nella quale si svolse; negli ospedali delle retrovie si verranno man mano rubricando le notizie sul processo morboso e sull'individuo, notando i dati che vanno facendosi palesi, riunendo le notizie più essenziali fornite dal foglio matrico-

lare caratteristico e quelle eventualmente richieste all'autorità civile.

III.

3) La scheda, che io propongo, è costituita di cinque sezioni: la prima è destinata alla identità, la seconda ai dati biografici, la terza ai dati clinici, la quarta ai problemi medico-legali e la quinta riguarda l'assistenza dell'invalido dopo la guerra.

La identità è compresa nel suo più ampio e moderno significato. Essa deve riunire i principali caratteri somatici e i più spiccati caratteri psichici che valgano a prospettare il profilo somatico e psichico del soggetto.

Dei caratteri somatici gli essenziali ai fini della identificazione, dell'accertamento della personalità sono le impronte digitali che sostituiscono qualunque altro dato (misure antropometriche e caratteri segnaletici).

Si dovranno notare gli altri connotati e i contrassegni personali, ma non a scopo teorico di descrivere tutto il soggetto, ma di segnalare i dati somatici salienti specie quelle eventuali imperfezioni o anomalie che interessano specialmente l'abilità lavorativa, e rivelano attitudini o deficienze speciali a questo o a quel servizio militare. Speciali cure si devono avere per descrivere certi contrassegni particolari: cicatrici, tatuaggi che sono preziose impronte di identità biografica e che negli esami clinici sono quasi sempre trascurati (1).

Cogli stessi criteri si indicheranno quei caratteri psichici più salienti (intelligenza, sentimento, volontà) che verranno facendosi noti dal contegno nei diversi ambienti e sono tanto utili, nei riguardi del servizio militare e della capacità lavorativa.

La seconda parte è divisa in due: precedenti borghesi e vita militare. Purtroppo i precedenti borghesi mancano quasi completamente nei fogli matricolari e sono della massima importanza, specie per quanto riguarda i precedenti sulla salute e sulla condotta.

Specialmente nei casi sospetti di simulazione la conoscenza di questi *si impone;* negli ospedali delle retrovie non di rado e non quanto si dovrebbe, si ricorre alle informazioni presso le Autorità civili per notizie che *sono indispensabili.*

Le note sulla vita militare sono raccolte dal foglio matricolare e caratteristico.

La parte clinica vuole essere un elenco ordinato, cronologico della lesione o malattia constatata, dei principali sintomi, delle complicazioni, dei postumi nei diversi luoghi di cura; massima importanza avranno le note sul contegno.

La parte quarta riunisce le circostanze e i pareri medico-legali.

La quinta si riferisce all'assistenza dell'ex soldato reso invalido dalla guerra e si continuerà colla scheda biografica dell'invalido.

* * *

Qualunque difficoltà si voglia opporre all'applicazione di questa scheda, dipende da non sufficiente convincimento della sua necessità. Il tempo che occorre a redigerla, frazionato nelle diverse case di cura ove le varie notizie si devono successivamente raccogliere, non è assolutamente eccessivo.

La necessità della compilazione di questa scheda dovrà fare escogitare provvedimenti perchè segua il soldato e non si disperda come avviene delle storie cliniche attuali.

Occorre il concorso convinto dell'Autorità superiore e di tutti i sanitari che devono essere consci della responsabilità professionale che loro incombe nel fornire un documento che rappresenta la utilizzazione del loro contributo e riguarda i più vivi interessi del soldato e del paese.

SCHEDA BIOGRAFICA CLINICA RIASSUNTIVA. V. Nota (1).

I. **Identità.** (1ª pagina).

Generalità. — Nome e cognome; paternità; nascita; classe di leva; distretto militare; professione; istruzione; stato civile, ecc.

Caratteri somatici salienti. — Connotati e contrassegni particolari ed eventuali imperfezioni interessanti l'identità, l'abilità al servizio militare; capacità lavorativa.

Caratteri psichici salienti. — Abitudini; attitudini; tendenze nei riguardi del servizio militare e della capacità lavorativa.

---

(1) S. OTTOLENGHI. *La nuova Cartella Biografica dei Pregiudicati* (pag. 95, Bollettino della Scuola di Polizia Scientifica, fasc. 5-6, 1915-916). — *Un caso di falsa identità di un delinquente evaso dal Manicomio di Aversa* (pag. 161, Bollettino della Scuola di Polizia Scientifica, fasc. 5-6, 1915-916). — *Cicatrici da autolesioni nei delinquenti* (pag. 192, Atti della Società di Medicina legale, anno VII, fasc. I-II, 1915).

(1) (*Note* da inserire a piè della pagina del modulo della Cartella). — 1° Questa scheda deve venire redatta *successivamente* nei diversi istituti nei quali è accolto il soldato, man mano vengono facendosi note le notizie richieste; e deve essere riassuntiva, aver cioè carattere di indice.

2° Le notizie richieste devono essere raccolte dal foglio matricolare e caratteristico, dal libretto personale, dalla storia clinica, dal pro-

Impronte digitali mano sinistra, indice, medio, anulare (a piè della prima pagina del modulo).

II. **Biografia.** (2ª pagina).

Precedenti borghesi. — Famiglia; scuola; istituti di educazione; lavoro; trumi; infortuni; malattie; abitudini e attitudini salienti; pregiudizi.

Vita militare. — Arruolamento; richiami; arma; durata complessiva; servizi speciali a cui fu addetto; grado raggiunto; licenze per assegna; congedo; malattie; episodi salienti.

Note caratteristiche. — Robustezza; condotta; cura dell'arredo; istruzione militare; attitudini all'avanzamento; punizioni; attitudini salienti.

III. **Clinica.** (3ª pagina).

Lesione o infermità attuale. — Origine; decorso: Interventi operativi, complicazioni, ecc.; esiti.

Luoghi di cura ove fu accolto. — Data; durata; episodi.

Luoghi di osservazione. — Data; durata; episodi.

Postumi di ferite o infermità.

Istituti di educazione e rieducazione professionale.

Contegno durante la cura, la educazione e rieducazione professionale. — Preoccupazione della malattia; interessamento alle cure; esagerazioni; pretestazioni; simulazioni; lavoro; servizi prestati; eventuali episodi, ecc.

Contegno durante la licenza.

IV. **Parte medico-legale.** (4ª pagina, 1ª metà).

Abilità al servizio militare. — All'ufficio di leva; al distretto; al reggimento; rivedibilità; invio in osservazione; idoneità alle fatiche di guerra; abilità ai servizi sedentari.

Indennità. — Durante decorso ferite e infermità.

Proposte di rassegna. — Per licenza; congedo; riforma.

Inabilità consecutive a ferite, infermità. — Nei riguardi del servizio militare e della capacità lavorativa da borghese.

Causa di servizio o occasione di servizio. — Parere Consiglio di amministrazione del Reggimento; personale curante; commissioni medico-legali successive.

Disposizioni definitive dell'Autorità militare. — Inabilità assoluta o parziale; permanente o temporanea; riforma con o senza pensione (categoria).

V. **Provvedimenti di assistenza dell'ex soldato, invalido. — Osservazioni particolari.** (4ª pagina, 2ª metà).

---

cesso verbale del Consiglio di Amministrazione, da informazioni assunte dai tecnici e dalle autorità militari e civili, dal soldato stesso. *Deve essere indicata sempre la fonte.*

3° Si escludono più che è possibile gli apprezzamenti dando sempre la prevalenza ai dati di fatto.

4° Si tiene solo nota dei caratteri e dati di fatto più salienti ai fini clinici e medico-legali.

5° La scheda è composta di cinque parti; ogni parte di cui si compone la Cartella deve costituire almeno una pagina del modulo; il testo delle indicazioni deve essere inserito di seguito sulla testata della pagina, salvo le *impronte digitali;* per le quali va lasciato lo spazio occorrente in una finca speciale a piè della 1ª pagina (*Identità*) per la comodità dell'assunzione delle impronte stesse.

OSPEDALE MILITARE DI SANTA MARTA
DEL SOVRANO MILITARE ORDINE DI MALTA.

Contributo alla revisione dell'attuale « elenco delle infermità nei militari e negli inscritti di leva » (1)

per il prof. GIOVANNI GALLI, capitano, direttore del reparto speciale per militari cardiopazienti.

Una Commissione speciale è stata nominata coll'incarico di rivedere il vigente: *Elenco delle imperfezioni ed infermità, che sono causa di inabilità assoluta e temporanea al servizio militare, tanto degli inscritti di leva che dei militari.* Com'è noto, questo elenco costituisce la guida dei medici militari, quando essi devono emettere un giudizio sulla capacità o meno di un militare o di un inscritto di leva al servizio militare.

S. E. il ministro ha fatto nota la nomina di questa speciale Commissione, rispondendo per iscritto all'interrogazione di un deputato che chiedeva i motivi, perchè l'art. 77 dell'Elenco consenta la riforma solamente ai soldati affetti da ernia e non agli ufficiali e sottufficiali. Io lessi con piacere la risposta pubblicata, che termina con queste parole: « la Commissione porterà la sua speciale attenzione sull'art. 77, perchè scompaia quella diversità di trattamento, oggi esistente fra ufficiali e militari di truppa, prescrivendo per tutti la idoneità al servizio, salvo i casi estremi ».

Ho letto con piacere queste parole, poichè ne risulta che gli attuali commissari procederanno alla revisione con maggior rigore di quello usato da chi compilò il vigente elenco.

Oltre che l'articolo 77, la Commissione dovrà pur affrontare la grossa e importante questione del trattamento dei militari con affezioni dell'apparecchio cardio-vascolare. Questa parte di patologia è considerata sopratutto dall'articolo 71 dell'elenco. L'articolo 71 passa a rassegna gli individui affetti da « *vizii organici di*

---

(1) Da una comunicazione fatta alla R. Accademia Medica di Roma nella seduta del 29 aprile 1917.

cuore e dei grossi vasi » ed inoltre anche « *le nevrosi cardiache, non sostenute da vizio organico di cuore, tuttavia gravi al punto da impedire il servizio militare* ».

Un'indagine funzionale è quindi presa dall'elenco in considerazione soltanto per le nevrosi cardiache, le quali vanno studiate e curate negli stabilimenti militari e solamente diventano motivo di riforma qualora « *siano gravi al punto da impedire il servizio militare* ». Quando invece esiste un *vizio organico* di cuore (meglio si direbbe *malattia organica*), deve il medico militare, senz'altro, passare l'individuo a riforma, sia la malattia organica compensata o no.

Limitiamo il ragionamento ai vizii valvolari: in ossequio all'articolo 71 il medico capo reparto deve proporre il soldato a rassegna. Ogni medico, d'altra parte, sa come vi sieno individui con indubbie lesioni valvolari, i quali godono una salute generale buona o discreta, con funzionalità muscolare ottima, come lo dimostrano lo sviluppo e la validità dei muscoli e persino le callosità alle mani (1).

Esistono individui con lesioni anatomiche del cuore, che per anni ed anni attendono alle loro occupazioni, talora faticose, senza risentire molestie o disturbi rilevanti. Io ho descritti casi tipici di questo genere. Fra gli altri ricordo il caso di un medico, al quale, casualmente, si scoprì un'insufficienza aortica, mentre era ancora studente e che poi per 20 anni *salì e scese le altrui scale*, come medico pratico, attendendo con alacrità alla numerosa clientela; ed il caso di un muratore attivo, pur avendo tripla lesione valvolare, e che venne abbattuto solamente da una grave polmonite bilaterale, con crisi protratta (2).

Un capitano medico inglese, Abrahams, in un lavoro recentissimo scrive che « parlare dei vizii valvolari al cuore come di una condizione definita, che sempre richiede l'allontanamento dall'esercito è *quite unreasonable* (del tutto illogico) ». E senza parlare dell'illustre cardiopatologo francese, Huchard, il quale dava una limitata importanza ai soffii del cuore, mi permetto citare l'opinione di un veramente autorevole studioso delle malattie del cuore, Sir James Makenzie, il decano dei cardiopatologi inglesi, il quale in un *memorandum* ufficiale (3), scritto per conto del Governo inglese, quale norma ai medici militari, afferma non doversi dare valore ai soffii sistolici del cuore (e neppure ad un certo numero di aritmie e di tachicardie), quando l'esame funzionale e l'anamnesi depongono per una sufficiente efficienza cardiaca.

(1) GALLI. *Vizi valvolari nell'esercito*. Riforma medica, 26 maggio 1917.

(2) GALLI. *Latenza delle cardiopatie*. Corr. San., 1907.

(3) GALLI. *Il cuore dei soldati*. Policlinico, Sez. Prat., 1916.

Nella letteratura francese vi è qualche lavoro che mostra come si possano trovare cardiaci nella linea del fuoco. Fiessinger (1) descrive 12 malati di cuore, con affezioni varie i quali hanno prestato servizio attivo, e con onore, nell'esercito francese. Di questi 12 cardiopazienti cito il 5° caso, perchè il più istruttivo. « Il 5° malato, scrive Fiessinger, ha 26 anni. Riformato dal servizio militare, perchè affetto da insufficienza cardiaca, egli si arruolò come aviatore. Il mese di agosto cade col suo apparecchio dall'altezza di 20 metri, si lussa una spalla, e col corpo coperto di contusioni, viene da noi per far verificare lo stato del suo cuore. Questo è in buone condizioni. Così subito l'aviatore rientra in servizio e continua le sue ricognizioni aeree ».

Anche la letteratura germanica contiene numerosi lavori dai quali risulta che in quell'esercito domina il criterio funzionale, lo stesso criterio consigliato poi da Sir James Mackenzie al Governo inglese. A chi desidera approfondire questa questione è asai consigliabile la lettura dell'articolo di Geigel, comparso nel n. 2 della *M. med. Woch.* del 1917, col titolo: *Utilizzazione in guerra dei malati di cuore* (una recensione comparirà nel prossimo numero di questo periodico).

Non sono davvero utilizzabili dall'esercito tutti questi individui Ma cosa s'intende per servizio militare, quanta energia meccanica e psichica deve essere in grado di sviluppare un uomo, perchè il medico militare lo possa giudicare capace di prestare all'esercito « un utile servizio? ». Questo è il punto che va chiarito nella revisione dell'elenco. La grande macchina dell'esercito è composta di parti diverse, alcune di grande attrito e di massimo consumo, altre di medio attrito, altre infine di impegno ancor minore. Tutte queste parti sono però ugualmente importanti per la efficienza generale e completa dell'esercito. L'elenco non pone davanti al medico capo-reparto queste gradazioni di servizio militare, tanto meno le definisce. L'elenco segue nella parte di cardio-patologia ancora troppo il criterio anatomico, mentre il criterio funzionale dovrebbe venire messo in prima linea. Non solo nel campo mi-

(1) *Les maladies du coeur aux armées*. Journ. des praticiens, 1915, 1.

litare, ma anche in quello borghese (per esempio per le assicurazioni sulla vita) si sente l'effetto del predominio del criterio anatomico. E ciò non soltanto fra noi. Nell'ultimo numero del *Lancet* (24 marzo 1917) si leggono all'incirca queste parole, alle quali ogni medico che pensa ed osserva, non può non sottoscrivere: « La presenza di un rumore è spesso considerata come incompatibile con un cuore sano e la massima parte dei docenti aderisce a questa veduta, ed ogni dottore che esce fresco dall'Università è preoccupato come classificare un rumore. Si va alla caccia del rumore e del soffio. Da borghese il portatore del rumore è respinto dalle assicurazioni della vita, e da militare è respinto dall'esercito, pur essendo capace di ogni lavoro, privando così il paese di un numero di soldati efficienti e ciò che è peggio condannando a serie restrizioni di un'attività utile e sana molti uomini i quali, per il resto della loro vita, vanno in giro con una specie di sensazione, come avessero una bomba nel corpo e colla perpetua paura di una morte improvvisa ».

Ho avuto l'opportunità di prendere visione degli elenchi delle nazioni estere, i quali comparati fra loro, nelle successive edizioni, riescono assai interessanti ed istruttivi.

L'elenco svizzero già da molti anni (*Instruction sur l'appréciation sanitaire des militaires*, 1887, 2 sett.) ha presente il criterio funzionale, poichè sono cause di riforma non tutte le malattie cardiache, ma solamente le « *affections organiques du cœur avec troubles de la respiration et de la circulation et anomalies dans la fréquence et dans le rythme des battements du cœur* ».

L'elenco germanico fino dalle edizioni del 1894 e del 1904 segue criteri funzionali. L'edizione del 1909 è ancor più decisa; si stabiliscono quattro categorie di servizio militare, dal servizio completo, di massimo sforzo, nella linea del fuoco e con armi, a quello senz'armi nelle guarnigioni. Queste quattro categorie contengono in sè altre suddivisioni, per cui le possibilità di assegnamento nel servizio militare sono 6, e 6 quindi le gradazioni, nelle quali si può destinare un militare. A tal modo non fa più meraviglia di leggere nella letteratura germanica odierna come *solamente i cardiopazienti gravi e scompensati sono sottoposti a riforma.*

Anche nell'elenco francese ha fatto capolino il criterio funzionale. Esso divide il servizio militare in « *service armé* » e « *service auxiliaire* ». Il primo, cioè il servizio al fuoco, non deve essere ingombrato di uomini *hors d'état de faire campagne*, ma nel servizio ausiliario si riscontra una varietà così grande di impieghi manuali ed intellettuali, per cui vi è posto anche per individui con tare accidentali o congenite, considerate sinora come motivo d'esenzione. « *La réforme ne sera définitive, que pour des cas bien déterminés de malformations, mutilations, ou lésions organiques absolument et sûrement graves et incurables* ».

Nella parte speciale cardiopatologica però l'elenco francese (edizione 20 dicembre 1916) tiene un po' meno conto del criterio funzionale che l'elenco germanico.

Anche nell'elenco russo è stato introdotto il criterio funzionale, come mi risulta per comunicazioni verbali della Missione militare russa in Roma.

L'esempio degli altri Stati induce quindi ad una revisione del nostro elenco, ma vi sono numerose altre ragioni che ci confortano a questa revisione e che il limitato spazio del periodico non permette di svolgere. Le principali sono di natura bellica e sociale (dare all'esercito un numero non indifferente di individui capaci di utile rendimento con limitazione della chiamata di classi anziane ed abolizione del servizio femminile negli uffici), d'interesse individuale (una certa attività fisica e la disciplina sono utili ai cardiopazienti), d'interesse morale (i posti di 2° e di 3° ordine negli uffici, nelle guarnigioni, ecc., sarebbero liberati di un personale utilizzabile in posti di 1° ordine), d'interesse statale (il groviglio di questioni medico-legali, *post bellum*, per indennizzi verrebbe notevolmente a semplificarsi, cadendo, fra l'altro, anche il dilemma che già si va affacciando: O la cardiopatia esisteva prima dell'arruolamento ed a termini dell'art. 71 non si doveva arruolare il portatore, oppure non esisteva ed in tal caso la cardiopatia è d'attribuire al servizio militare).

L'eccessiva indulgenza dell'elenco dà poi luogo alla diffusione di quella forma psichica cosciente od incosciente, che gl'inglesi chiamano *defence-neurosis* ed i tedeschi *fuga nella malattia.*

Noi non dobbiamo infine dimenticare come assai difficilmente sia possibile rinvenire una persona senza alterazioni anatomiche e se nelle file dell'esercito non dovessero venire inclusi che individui anatomicamente normali, gli eserciti ed i comandi dei medesimi verrebbero ad attenuarsi notevolmente.

Un anatomo-patologo autorevole pubblicò il *post mortem* di 60 soldati caduti combattendo con una media età di 25 anni, e trovò nel quarantacinque per cento di questi casi lesioni sclerotiche dell'aorta e delle coronarie. E soggiunge che tale reperto conferma quanto aveva

osservato in tempo di pace, essere cioè l'arterio-sclerosi straordinariamente frequente (*sic*) già nel terzo decennio di vita (1). Ciò costituisce una novella prova come a dispetto di alterazioni anatomiche anche gravi, si possano compiere sforzi e fatiche veramente eccezionali.

Se noi ci siamo già nella medicina borghese alquanto emancipati dal concetto anatomico, trasportato *sic et simpliciter* nel giudizio dell'uomo vivente, ci sembra necessario che anche nel campo militare abbia a predominare il criterio funzionale. Criterio che del resto si è andato, per forza di cose, facendo strada nella pratica militare, dove attualmente si fa una certa classificazione fra servizî di guerra e servizî sedentari, ma allo scopo di evitare sciupìo di tempo, ingombro e danni materiali e morali, ci sembra conveniente che la definizione e classificazione medica dei servizi militari venga definita ed introdotta nella pratica militare per la via maestra dell'elenco.

DIVAGAZIONI.

L'anima del soldato sul campo di battaglia.

Bianchi Vincenzo (*Rivista di Psicologia*, 1916, n. 3-4) ha fatto uno studio molto interessante sulla psicologia dei soldati, che egli, come capitano medico, ha accompagnati e curati durante le prime sanguinose battaglie del Carso. Nei nostri soldati egli ha trovato sempre una grande tranquillità derivante da cause diverse: la necessità ineluttabile di combattere, lo adattamento tranquillo all'evento della morte, in alcuni il sentimento religioso, in molti quello del dovere, in altri l'automatismo consecutivo allo *shok*, in molti l'odio contro il nemico, in alcuni pochi la disperazione della paura.

Pei reggimenti che si recano al battesimo del fuoco vi è una particolare condizione psicologica di dubbî e di attesa, per il fatto che i soldati non sanno mai dove vengono condotti. Ordinariamente questi reggimenti arrivano al fuoco dopo esaurienti marce e tortuoso cammino. Il soldato caricato delle armi e del pesante fardello dello zaino avanza senza guardare intorno, senza preoccuparsi di sapere dove si trovi, segue automaticamente il compagno che gli sta davanti, e cammina. D'ordinario è allegro, motteggia con i compagni, fa dello spirito secondo l'intelligenza e il grado d'istruzione, coglie fiori, se ne trova lungo la via, e guardandoli ricapitola gli ascosi sentimenti e i lontani ricordi; spesso canta, quando gli è permesso, la canzone preferita della sua terra natìa. Se si preoccupa, gli è solo di non rimanere indietro; se è stanco, come spesso accade, egli non desidera altro per allora che giunga presto il momento in cui gli sarà dato di riposare.

Salvo eccezioni determinate da particolari esigenze militari, i soldati vengono portati dalle lontane retrovie alla zona di operazione dopo parecchie marce e in tempo non breve. Che il soldato si acclimati prima all'ambiente bellico è una necessità imprescindibile. Il rombo del cannone e lo scoppiettare del fucile, la vista dei feriti e il racconto dei compagni predispongono il soldato alle ineluttabili necessità e ai pericoli della guerra. Ogni qualvolta il comando ha creduto poter fare a meno del periodo, per dire così, di preparazione psicologica, o che le esigenze della guerra lo abbiano richiesto, l'effetto non è stato lusinghiero. Ad ottenere il necessario orientamento spirituale fa d'uopo tenere nella zona di guerra, alquanto lontano dalla linea del fuoco, i militari e prepararli a combattere. Non si riesce semplicemente con lo spirito e i mezzi della disciplina alla tranquilla quasi fatalistica rinunzia alle lusinghe della giovinezza, e all'istinto della propria conservazione. Pei comandanti di piccoli e di grandi reparti la condizione è alquanto diversa; essi hanno, innanzi tutto, una educazione morale e patriottica di gran lunga più elevata di quella del soldato; essi hanno pure una preparazione fisica diversa, hanno forte il sentimento delle responsabilità che loro incombono, molti quello dell'onore, della gloria, dell'ambizione; hanno più profondo e radicato il sentimento del dovere, che nei rapporti coi subordinati diventa condizione imprescindibile della loro stessa esistenza. Per il soldato è necessario uno stimolo più diretto che lo induca quasi brutalmente a reagire; deve dimenticare molto del suo passato; occorre che si faccia una coscienza bellica, nel moto vertiginoso di automobili, di autocarri, di ufficiali che vanno e vengono come fantasmi, come portati dal fato, di soldati in bicicletta, o in motocicletta che passano vertiginosamente non curanti, come dal voler portati, che non si sa dove vengono, non si sa dove vanno, e materiale di guerra che viene trasportato verso il fronte, e feriti che ritornano, ecc. In questo ambiente poco per volta si affievoliscono i legami che lo tenevano più strettamente avvinto alle sue ordinarie occupazioni, alla sua famiglia, ai suoi figliuoli, ai suoi interessi. Egli resta come intontito in tanto muoversi vertiginoso di uomini e di cose

(1) GALLI. *Le malattie del cuore e dei vasi in tempo di guerra*, Policlinico, Sez. Prat., 1915

nuove e terrificanti; egli è quasi fascinato. Ma perchè ciò avvenga è necessario che passino dei giorni, dei giorni vissuti in questo ambiente di distruzione, di morte, di vittorie e di entusiasmi sublimi, nella emulazione della forza, della resistenza, del coraggio, del sacrificio. Così l'influenza della guerra che si combatte, e delle gesta dei battaglioni che si urtano, i canti e i racconti che arrivano al suo orecchio delle vittorie dei compagni d'arme, che prima di lui hanno sentito l'aspro e sanguinoso contatto del nemico, suscitano in lui una vaga aspirazione a dar prova del proprio valore, e plasmano la nuova anima del soldato.

Con termini più tecnici in psicologia si direbbe fascino, suggestione, e muove di dentro come una lontana, ancora inconscia, aspirazione l'impulso imitativo.

Nella zona di guerra, lontano dalle antiche amicizie e consuetudini, rallentati, nei più, i vincoli della famiglia, soldati ed ufficiali si appassionano ai fatti delle giornate gloriosamente combattute, si esaltano al racconto del valore di coloro che li precedono nel territorio conquistato, e così questa opera potente di suggestione va rendendo giorno per giorno sempre più efficienti le truppe che al combattimento non furono ancora provate.

Oggi che la guerra dà la nuova e terrorizzante emozione della numerosa e strapotente artiglieria, e in ispecie dove si fa tanto largo uso di quelle pesanti, che lanciano enormi proiettili a 10, 12, e persino a 16 chilometri dalla linea del fuoco, il soldato che è ancora fuori tiro si mostra la prima volta come stralunato all'arrivo di una granata nella sua vicinanza. Egli sente il rombo, poi lo scoppio che lo schianta: si guarda attorno con occhio smarrito, interroga i suoi compagni col gesto, o resta col viso contratto, dallo sguardo interrogativo, interdetto. Quando si è persuaso che nulla è avvenuto di grave intorno a sè, ridiventa tranquillo, e si raccontano lui e i compagni l'enorme impressione. Nei giorni seguenti, se si ripete il tiro, egli accoglie lo scoppio con assai minore preoccupazione, e dopo aver rivolto lo sguardo in direzione del rimbombo, con una alzata di spalle, continua un momento dopo il suo lavoro; egli ormai si è assuefatto, e non teme più o assai poco il ripetersi degli scoppii delle granate.

Nelle retrovie prossime alla linea del fuoco gli uomini di singoli reparti di truppa acquistano una nuova coscienza, nella quale, fatta eccezione di pochi, predomina ora il sentimento del dovere cosciente, ora quello della rassegnazione. Vi è poi il sentimento che nasce dalla minaccia delle conseguenze che potrebbero seguire qualora al proprio dovere si venisse meno. Qualche volta è vero coraggio, il disprezzo della vita, il nascente odio per il nemico, il senso patriottico inspirato dai superiori.

Un'altra varietà di coraggio, è quella dei portaferiti e dei medici assegnati ai reggimenti ed alle sezioni di Sanità. Non armi hanno i portaferiti oltre a quelle del mestiere, le barelle ed il necessario per il pronto soccorso. Non l'entusiasmo della lotta, non la gioia feroce di sopraffare, di ferire in lotta il nemico o di dichiararlo prigioniero. Tra i proiettili che sibilano nella battaglia essi avanzano fino alle prime linee per raccogliere i feriti e portarli al primo posto di medicazione e cadono a loro volta compiendo il sereno e pietoso compito.

D'altra parte gli ufficiali medici, spesso a poche centinaia di metri dalla linea del fuoco, quando anche essi per speciali esigenze non sieno obbligati a portarsi allo scoperto in avanti, attendono serenamente al loro compito tra il fischiare dei proiettili, gli scoppii delle granate che raggiungono o sorpassano il posto di medicazione, gli shrapnels che scoppiano in alto proiettando in basso centinaia di pallottole, il moto infernale della battaglia che infuria, e attendono lì serenamente al loro dovere, spesso ingegnandosi di apprestare qualche nuovo mezzo per ricomporre le membra spezzate, o qualche ristoro a coloro che arrivano in fin di vita, o esangui, incalzati nell'opera dal numero dei feriti che moltiplica la loro attività già sollecita, senza alcuna individuale soddisfazione oltre quella di lenire il dolore altrui e restituire giovani vite alla patria e quando meno alle trepidanti famiglie!

Per i combattenti grande influenza ha il sapersi in molti: una specie di mutualità si stabilisce tra i soldati, come una intesa nel raggiungimento del fine comune della reciproca difesa, il senso di conforto e di fede che spunta dalla certezza riconfermata da le passate esperienze di dividere la sorte dei superiori, sopratutto quando questi si mostrano tranquilli e fiduciosi.

La speranza di uscirne salvi non manca quasi mai, chè anzi si accresce quando un proiettile durante l'azione colpisce il compagno vicino. Speranza o lusinga, la quale è tenuta viva dalla constatazione di essere spesso sopravvissuto a frangenti assai gravi; quando molti compagni sono caduti, il soldato superstite si conforta in un intimo senso di resistenza. In molti, invece del sentimento d'incolumità, è un senso di fatalismo che pervade

l'animo, specie se sono superstiti; fatalismo che moltiplica le forze e dà anche un senso profondo di fiducia. Questi due sentimenti hanno un valore inestimabile per la efficacia del contegno e dell'azione del soldato, a parte gli altri sentimenti. Esso diventa più pronto e più agile, più rapido nello scatto, più avveduto, più intraprendente, più sicuro e celere nella scelta dei movimenti e dei luoghi più opportuni nello svolgersi sopratutto dei combattimenti ad ordine sparso.

È veramente interessante seguire un reparto di truppe che arriva al fuoco per la prima volta. La guerra è oggi irta di pericoli che per nessuna guisa può paragonarsi alle guerre precedenti, ad eccezione forse di quella russo-giapponese. La insidia della trincea e delle mine e i rischi cui espone la invisibile artiglieria lontana, sono incalcolabili.

Quando si prepara un attacco, specialmente se il reparto si trova in trincea, alcuni allibiscono, altri si eccitano, altri restano come intontiti e seguono come automi i compagni nella esecuzione degli ordini. Molti sono presi dal desiderio di misurarsi, pochi tremano, qualcuno cerca nascondersi. Ciò si vede sopratutto tra le reclute e tra quelli che sono portati per la prima volta al fuoco. All'Autore non è mai accaduto di constatare i fenomeni della paura riguardanti la vescica e l'intestino di cui parla il James, sebbene prima e durante il combattimento la urinazione diventi frequente ed abbondante. Ingaggiata la mischia, poco per volta si esaltano tutti; anche quando la mitraglia miete a diecine i compagni, essi restano al fuoco con sangue freddo. Hanno la presenza di spirito delle individuali inziative, e della cordiale difesa reciproca. Si curvano, si scansano, utilizzano un riparo dove tirano sull'avversario; se poi hanno il sopravvento incalzano il nemico con slancio, che diventa tanto pù magnifico, quando le file del nemico s'infrangono, e cadono sotto il loro urto micidiale.

Tra i rumori, gli scoppii, avanti, indietro e di lato alla colonna ovvero in mezzo ad essa, che molto di rado è colpita in pieno, i soldati, in mezzo a questa armonia, ordinariamente si mostrano quasi indifferenti e cinici. Questo fenomeno talvolta è effetto dell'intontimento, qualche volta è effetto della esperienza. Quello che si ode è così sproporzionato a quello che si vede, che frequentemente, e specie nei primi tempi si resta increduli; nella mente di ognuno si radica la speranza che, dopo tutto, non è proprio detto che si debba morire. Quando poi la truppa si è avvicinata ancora di più al nemico, quando, stretto ed incalzato dalla fucileria percepisce il pericolo grave che corre, anche volendo, è troppo tardi per sottrarsi alla fatalità delle cose, ed è giocoforza proseguire. Ed allora, poichè d'ordinario il combattimento è ad ordine sparso, i soldati danno prova di uno straordinario spirito d'iniziativa, qualcuno si accoccola, qualche altro cerca di nascondersi distendendosi col ventre a terra, altri cerca un riparo onde spianare il fucile, altri sentono ribollire il sangue, diventano feroci e vorrebbero slanciarsi in avanti per reagire con la massima veemenza. In genere, nei primi mesi della guerra, il soldato si palesava molto più emotivo; i reparti a grande distanza e per cause non sempre giustificate, scaricavano le armi contro il nemico che si trovava ancora assai lontano; più tardi essi diedero prova di sangue molto più freddo, ed impararono anche ad aver maggior riguardo per la dotazione di munizioni ad essi affidata; fu più agevole tenerli in ordine di attesa, ed in perfetta ubbidienza anche di fronte al nemico in vista ed a tiro, il che oggi conferisce una efficienza bellica ai nostri reparti assai superiore a quella dei primi tempi.

Innanzi al pericolo il soldato italiano rivela qualità intrinseche che si può affermare sieno ottime. Allorquando si trova nelle più differenti situazioni, durante un'azione bellica, egli spiega diverse ed imprevedute attitudini, le quali scaturiscono dall'intima struttura dell'animo. Vi è il coraggioso, vi è il furbo, l'ingenuo, il fatalista, lo sprezzante della vita, il cinico, persino l'allegro.

Si sa che l'individuo presenta note speciali e possiede caratteri tutto affatto particolari in tutto lo svolgersi delle funzioni, ed in tutti i meccanismi organici onde la funzione emana, il che si rileva così nella vita sana, come nella predisposizione ad ammalare, nella localizzazione dei morbi, negli atteggiamenti che le malattie prendono. Questa individualizzazione messa in luce in particolar modo dal Trousseau, dal Richet, dal De Giovanni e dai suoi scolari, e che ebbe nel campo della psichiatria, in Lombroso, il più abile ed il più geniale sostenitore, raggiunge il massimo grado nelle malattie mentali, onde deriva la grande varietà nel contegno psichico dei singoli individui, secondo il loro contenuto mentale, ed il modo di reagire di ciascuno nel mondo. Il fatto trova la sua conferma come in una sintesi nella rapida osservazione del contegno del soldato durante un'azione bellica: solo nel culmine della battaglia gli atteggiamenti si rassomigliano come se avvenisse la fusione delle anime.

In un violentissimo attacco dei nostri ad un'altura, sul basso Isonzo, i soldati di un glo-

rioso reggimento di fanteria, avanzarono e conquistarono una posizione nemica sotto un fuoco d'inferno. Ebbene i soldati avanzarono per plotone in ordine sparso con apparente tranquillità, con sicurezza e con rassegnazione, addimostrando un sangue freddo ed un coraggio di cui non può farsi un'idea se non chi ha assistito ai fatti d'arme di quelle memorabili giornate. I soldati procedevano, chi carpone, chi strisciando col ventre sul terriccio o sulla roccia, chi leggermente curvo, chi ritto, chi trepidante, chi gridando, chi biascicando sotto voce qualche parola. Di tanto in tanto uno di essi sostava, scaricava sul nemico il suo fucile, e poi ripigliava la dura e mortifera ascensione, poichè or qua or là un compagno colpito dal fuoco nemico non più si rialzava restando attaccato al suolo nel sonno eterno, o ruzzolava in basso di pochi o di molti metri .. e frattanto i compagni illesi proseguivano e procedevano contro il fuoco nemico, benchè molti presentissero la sorte che l'attendeva. Non più un palpito di paura, non più preoccupazioni per la propria vita. Pareva come se una nuova forza si sprigionasse dall'animo di quei fantaccini, dal loro cuore di italiani; era odio contro il nemico, era l'ansia di misurarsi corpo a corpo con esso, era un sentimento di vendetta per i compagni che cadevano, era sentimento del dovere che in quei momenti spegneva gli ultimi fremiti della preoccupazione per la propria esistenza. È difficile affermare. Forse era un insieme di tutti questi sentimenti, in alcuni più sviluppati, in altri rudimentali; certo che molto è pure dovuto alla imitazione; in quel momento mi pareva di riscontrare in ognuno la somma del coraggio di tutti. È un fenomeno chiaro di collettività.

Il sentimento di cameratismo, l'affetto per i compagni d'arme di giovani delle più lontane regioni d'Italia è una delle note psicologiche del nostro soldato. Questi non muove per imposizione da parte del superiore o solo per spirito di discipina; tutta la sua azione bellica è imperniata in una quantità di sentimenti più o meno evoluti, tra i quali l'affetto cordiale che porta ai compagni ed ai propri ufficiali.

Si domanda spesso: «Il morale delle truppe è elevato?». Ebbene, senza tema di esagerare, ed in massima, non si può non rispondere affermativamente. Se un'eccezione deve farsi è per i soldati i quali, dopo esser stati al fronte sono rimandati in famiglia a passarvi le feste o la convalescenza. Il sentimento della famiglia da noi è molto sviluppato; le famiglie si commuovono ai racconti, e si studiano di non perdere il figliuolo; le carezze avviliscono il soldato, ed allora egli si rappresenta la scena macabra, le sofferenze, i dolori, la cicatrizzata ferita, tutti ricordi che a paragone della tranquillità, della pace e delle comodità domestiche gli danno il terrore del ritorno. Egli perde, appena giunto nell'ambiente di famiglia, lo spirito bellico che mantengono vivo il rombo del cannone, il racconto dei compagni, la parola del superiore, lo spirito di quella collettività onde vivono l'uno per tutti e tutti per uno, ove mancano gioie e soddisfazioni di altro ordine e di diversa natura, le quali attutiscono quello della famiglia, ed orientano lo spirito verso i fini della famiglia militare.

Il soldato, dopo i primi giorni di vita nella zona di operazione, ha modificato quasi sempre la sua anima; non solo ha acquistato la capacità di compiere il proprio dovere, anche quando questo dovesse costargli la vita, ma si sente parte di un organismo nel quale pulsa il pensiero, vive l'aspirazione per grandi cose... egli aspira alla vittoria!

Ora anche sotto questo riguardo non vanno trascurate alcune osservazioni di indole pratica. Nelle guerre odierne, poichè il fronte contro gli eserciti avversari è esteso per centinaia di chilometri, e dove gli ostacoli naturali sono superiori ad ogni fantasia, e le difese tecniche moltiplicano le difficoltà opposte dalla natura, è necessario misurare bene la portata di ogni azione bellica, e dare la muta ai reparti stanchi e decimati. In tutti i casi un'azione mal riuscita deprime lo spirito del reparto di truppa che ha operato, diminuendone notevolmente il coefficiente bellico, e quindi diminuisce la efficacia dell'azione successiva. I nostri nemici hanno perfettamente capito la psicologia del soldato, e da quanto hanno fatto nel periodo preparatorio, si deve argomentare che avevano intuito le esigenze a cui la guerra ch'essi hanno con tanto fervore desiderata e con tanto acume ed accorgimento preparato, li avrebbe obbligati. Essi hanno adottato il sistema di cambiare, con molta frequenza, il fronte alle truppe È indiscutibile che per combattere bene occorre inebriarsi ed esaltarsi. Se il soldato si è convinto della difficoltà di un fronte, è bene non ostinarsi a lanciarlo contro le difficoltà che esso ormai ritiene insuperabili. Il soldato non deve sapere a quali difficoltà grandi vada incontro, poichè quelle che egli si immagina non sono mai tali e tante, quanto sono in realtà quelle contro le quali il suo coraggio e il suo entusiasmo si vanno ad infrangere. Quando il soldato arrivato su un fronte muove all'attacco, si lancia con la fede e con l'ansia di vincere, e se supera i primi ostacoli e vince le prime emozioni, mol-

tiplica i suoi sforzi; ma se troppe sono ed insuperate le difficoltà non misurate dai comandanti, se troppe le perdite senza risultato o con risultato irrisorio, occorre portarlo su altro fronte, dove egli riacquisti la primiera fiducia e lo slancio e l'entusiasmo che lo accompagnarono al primo attacco.

Il morale del nostro soldato dunque è molto alto, ma è meno alto in quei reparti che sono stati destinati in località particolarmente difficili, dove le perdite sono state sproporzionate al progresso vittorioso dell'esercito, e molto prolungata ed esauriente la fatica. Occorre rimuoverli questi reparti, cambiarli spesso. È necessario inviare quei reggimenti duramente provati, a combattere su altri fronti, dove la vittoria possa più facilmente arridere, e far loro comprendere che il sacrificio della vita di alcuni di essi è valso a vincere. Che così sia, i medici, specialmente, lo constatano tutti i giorni. I feriti si sentono soddisfatti, anche se feriti gravemente, di aver combattuto, e le loro pene per essi stessi hanno un valore ben più limitato se il combattimento ha avuto esito favorevole; mentre sono rattristati, abbattuti, doloranti, estremamente lamentosi, se così non è stato! *Dr.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

QUINTA SEDUTA — 5 marzo, ore 9.

Comunicazioni sulle ferite con lesione del cranio e dell'encefalo.

Ferite d'arma da fuoco del cranio e del cervello.

ALESSANDRI ROBERTO (Roma). — Per le ferite di guerra del cranio e del cervello l'intervento può rendersi necessario in primo tempo (immediatamente) o in secondo tempo (per i postumi).

Appena avvenuta la ferita occorre in genere operare.

Le ferite che devono sempre essere aperte sono sopratutto quelle da colpi tangenziali, in cui il proiettile non rimane nei tessuti, e la lesione è a solco più o meno profondo, interessante il cranio e spesso anche le meningi ed il cervello.

Anche in quelle trasfosse, meno casi di estrema gravità (fenomeni di scoppio), si deve intervenire sui due orifici, se accessibili, e più attentamente su quello di entrata.

Nelle ferite penetranti, con permanenza del proiettile, è pure sempre necessario l'intervento.

Questo consiste in tutti i casi, più che in una vera trapanazione, nella regolarizzazione della lesione delle parti molli extra-craniche e delle ossa, nell'asportazione dei corpi estranei accessibili (capelli, terriccio, frammenti del berretto o del casco, ecc.) e delle scheggie ossee del tutto distaccate, spesso infisse, e talora anche a distanza nel cervello, nella detersione della parte accessibile della ferita (grumi, sostanza cerebrale spappolata, ecc.), nell'emostasi.

Nei casi di ferite penetranti con permanenza del proiettile è regola, se possibile, estrarre anche questo. Si deve però rinunciare senz'altro all'estrazione in primo tempo se esso è molto lontano dall'orificio di entrata, poichè i proiettili endo-cerebrali possono essere ben tollerati, e, in caso di sopravvivenza, la loro estrazione, se necessaria, potrà compiersi più tardi e in condizioni migliori.

Vi sono casi in cui conviene non intervenire?

Anzitutto sono i casi gravissimi e senza speranza di successo.

Vi hanno poi molti casi di frattura della base, in cui può esser utile la semplice puntura lombare, in genere ripetuta.

Ma i più importanti, e su questi è ancora accesa la discussione, sono quelli con lesioni delle parti molli, ma senza, o con minime, lesioni del tavolato esterno.

Nelle ferite delle parti molli conviene sempre esplorare il tragitto, e, seguendo la regola generale di trattamento delle ferite, sbrigliarla ed esaminare attentamente la superficie cranica. Se vi è avvallamento conviene trapanare: quasi sempre

si trova lesione più estesa della vitrea, molto spesso lesione durale o sottodurale.

Se esiste una semplice fessura alcuni consigliano pure d'intervenire. L'O. crede che, se non vi sono sintomi generali di compressione o di focolaio, si possa attendere. Se però nei giorni successivi appaiono disturbi, un'esplorazione è indicata.

Un'altra regola importante, che gli ha appreso la esperienza, è che si deve esser cauti nell'intervento, quando i feriti arrivano tardi, dopo più giorni e colle ferite esterne evidentemente già infette.

L'operazione in questi casi gli ha dato talvolta rapido decesso, con sintomi di meningo-encefalite diffusa. Se si ritiene necessario sbrigliare la ferita, occorre agire con prudenza e cercare di rispettare eventuali aderenze già stabilitesi.

Un portato pure dell'esperienza avuta è stato che, mentre all'inizio, sul consiglio dei più, apriva largamente e lasciava tutto tamponato, ha visto che è preferibile, pur detergendo le ferite nel miglior modo possibile, limitare l'asportazione ossea; i frammenti avvallati, le scheggie ancora aderenti è meglio sollevarle e conservarle; se è possibile, almeno in parte, conviene suturare le parti molli. Si limiteranno così le ernie cerebrali consecutive, si ridurrà il numero delle infezioni.

La statistica dell'O. si riferisce a 106 cranici, di cui vennero operati 83. Dei 106 in totale vennero dimessi guariti o migliorati 65 (62,32 per cento), morti 41 (37,68 per cento). Dei non operati (23) vennero dimessi migliorati 13 (56,50 per cento), morirono 10 (43,50 per cento).

Interventi chirurgici possono poi essere indicati, e spesso sono utilissimi, in secondo tempo per disturbi postumi, specialmente per epilessie jaksoniane o generali riflesse, da perdite di sostanza ossea od aderenze, più raramente per estrazione di proiettili.

L'O. riferisce su sette casi operati a distanza varia, da 3 mesi a un anno dalla ferita: tre per epilessia jaksoniana, 1 per epilessia generale post-traumatica, 2 con emiparesi (in tutti esistevano fratture avvallate, spesso con scheggie libere profonde e perdita di sostanza ossea) ed 1 per estrazione di proiettile (scheggia di granata) ben localizzato sulla corteccia della 2ª temporale destra.

Nei sei primi casi accennati l'intervento consistè sempre nel sollevamento od asportazione del tratto osseo avvallato, talora ispessito, specie sui margini, nell'ablazione di scheggie ossee libere, che si trovarono in quattro casi, nella liberazione ed escissione di aderenze e cicatrici.

Una volta praticò un trapianto libero di fascia a scopo di plastica durale: cinque volte provvide alla riparazione della breccia ossea col lembo osteoperiosteo rovesciato alla Durante-Righetti. Una volta, in cui non esisteva perdita di sostanza ossea, ma frattura avvallata, potè liberare il tratto infossato e rovesciarlo colla faccia esterna verso il cavo e la vitrea al di fuori, così da ristabilire in modo semplice la normale convessità dell'osso.

Risultati operatorî sempre ottimi. Cessazione dell'epilessia a tutt'oggi: in tutti i casi miglioramento dei fatti di paresi.

Ferite d'arma da fuoco del cranio e del cervello in un ospedaletto di prima linea.

MIONI GIUSEPPE (Anagni). — I feriti del cranio e del cervello curati dall'O. sommano a 133.

Di questi, 55 con lesioni delle meningi e della sostanza cerebrale; 78 con sole lesioni della teca cranica.

Distingue tali feriti in tre grandi categorie.

Nella *prima* raccoglie tutti quelli le cui lesioni interessavano, oltre alle parti molli, il tavolato esterno e la diploe, senza comprendere la vitrea (prodotte essenzialmente da piccole scheggie di bombe a mano dotate di mediocre forza di penetrazione, o da scheggie di granate o da altri proiettili che avevano urtato tangenzialmente la calotta); essi ammontano a 56.

Eseguì in tutti una vera toilette della ferita, sgorbiando i tratti ossei scheggiati, lavando abbondantemente con acqua ossigenata, zaffando ogni recesso con cura e praticando in secondo tempo le opportune suture di avvicinamento dei lembi.

L'esito fu costantemente soddisfacente, eccettuati tre casi con altre gravi lesioni concomitanti, che condussero a morte i pazienti.

Nella *seconda* categoria comprende i casi nei quali le lesioni interessavano anche la vitrea. Spessissimo il tavolato interno offriva alterazioni più ampie che non quello esterno, pur restando integre le meningi.

Colla sgorbia allargò graduatamente il focolaio della ferita, ed asportò poi i frammenti distaccati della vitrea, vuotando quasi immancabilmente un piccolo ematoma che premeva sulla dura e la scollava per un certo tratto.

Questi rappresentano i casi più favorevoli, dovuti in genere a pallottole di shrapnell schiacciate dopo aver perforato un elmetto leggiero o a proiettili giunti tangenzialmente (22 casi con esito favorevole, trane due decessi per concomitanza di altre gravi lesioni).

Nella *terza* categoria raccoglie i veri casi di lesioni cranio-cerebrali. Essi ammontano a 55 e nei riguardi dell'agente vulnerante vanno distinti così:

17 per proiettile di fucile;
6 per proiettili di shrapnell;
26 per scheggie di granata;
2 per scheggie di bomba a mano;
3 per scheggie di proiettile di bombarda;
1 per agente indiretto.

In 22 di questi giudicò inutile ed inopportuno qualsiasi intervento stanti le condizioni gravissime degli infermi, il cui decesso avvenne pochissimo tempo dopo il loro ricovero. Essi presentavano spesso lesioni con fenomeni di scoppio.

In trenta casi praticò la craniotomia, eseguendo, a seconda dei casi, un largo lembo osteoplastico con l'aiuto della sgorbia o aprendosi una via all'esplorazione mediante la fresa di Doyen.

Constatata la lesione della dura, già annunciata dalla fuoriuscita di materia cerebrale dalla ferita, procurava di detergere delicatamente la ferita, asportando scheggie ossee, corpi estranei, scheggie di proiettili accessibili ed eseguendo una delicata esplorazione digitale della superficie cerebrale spappolata per constatare la presenza o meno di altre scheggie altrimenti non rilevabili.

Asportava poi col cucchiaio la sostanza cerebrale spappolata ed i coaguli, detergendo quindi il campo con cura mediante l'aiuto di compresse imbevute di acqua ossigenata.

Praticata l'emostasi dei vasi meningei, non suturò mai la meninge, accontentandosi di zaffare lassamente con garza iodoformica, dopo avere aspersa la superficie cruenta con etere iodoformico.

Non osservò alcuna lesione dei seni.

Circa ai proiettili ha ragione di credere, quantunque gli manchi la conferma della prova radiografica, che in qualche caso siano stati ritenuti e tollerati bene entro la scatola cranica; in altri casi li rinvene a ridosso della dura lacerata e mascherati dalla sostanza cerebrale; altre volte la dura non era stata lacerata che da sole scheggie staccate del tavolato interno.

Ha avuto sette decessi attraverso complicanze infiammatorie meningo-encefaliche; tre casi di ernia cerebrale: due piccole, che si ridussero facilmente fra la quarta e la quinta settimana, e una grossa come un uovo di gallina, procidente da una breccia ossea ristretta, in modo da acquistare la configurazione di bottone di camicia. Espletati inutilmente durante più di quaranta giorni tutti i mezzi per procurarne la riduzione o la necrosi, la resecò con il termocauterio, senza alcun danno per il paziente, tanto più che l'ernia apparteneva al lobo parietale sinistro, posteriormente alla zona motrice.

Questione importante è se si debbano o no operare tutti i cranici. In massima l'O. ritiene ch'essi debbano essere operati tutti, salvo i gravissimi, a prevenire soprattutto complicazioni settiche.

Tuttavia, qualche ferito da proiettile incamiciato e di piccolo calibro, con ferita transfossa, senza fenomeni di scoppio e senza sintomi di compressioni od a focolaio, può essere lasciato, mantenendolo sotto stretta sorveglianza ed evitando di eseguirne il trasloco durante almeno la prima settimana.

La chirurgia cranio-cerebrale nelle unità sanitarie avanzate.

FRANCINI METELLO (Pontremoli). — L'O., esaminati caratteri anatomici e clinici delle lesioni cranio-cerebrali di guerra e le loro complicazioni immediate, crede che gli elementi prognostici fondamentali siano:

1° i caratteri della ferita, in ragione della maggiore o minore disposizione alla infezione di essa che ne consegue;

2° la sede e la profondità delle lesioni, in rapporto alle alterazioni anatomiche e funzionali che ne derivano;

3° il tempo trascorso fra il momento del trauma e le prime cure chirurgiche;

4° (in rapporto evidente coi precedenti) la presenza o meno di un'infezione in atto del focolaio traumatico allorchè la prognosi deve venir formulata.

Stabilisce così le indicazioni per un intervento immediato nelle ferite del cranio:

1° in ogni lesione del capo, quando esistono sintomi di focolaio encefalico, ancorchè all'esame diretto non sia evidente la frattura, deve essere praticata la craniotomia;

2° ogni lesione del capo, ancorchè senza sintomi cerebrali, deve essere sottoposta ad incisione esplorativa delle parti molli per poter riconoscere l'integrità o meno della scatola cranica;

3° ogni frattura del cranio così constatata, anche nella assoluta assenza di sintomi cerebrali, costituisce indicazione precisa alla craniotomia.

Riguardo alla tecnica, non crede necessaria l'emostasi preventiva. Opera con taglio crociato e fa la craniectomia definitiva. Apre la dura se appare lacerata ed anche se integra, quando esistono sintomi di lesione encefalica. Non crede opportuna la ricerca immediata di proiettili profondi. Fa costantemente il trattamento aperto.

Fra le complicazioni operatorie esamina particolarmente l'apertura dei seni durali, per la quale preferisce il tamponamento, ed il prolasso cerebrale, che mette in rapporto con l'edema del cervello per sepsi della ferita.

Espone la sua statistica, che, in massima parte, si riferisce alla nostra controffensiva dell'estate scorsa nel Trentino: su 48 feriti con frattura del cranio, 22 fra i più lievi dovettero essere inviati ad ospedali retrostanti per l'affollamento dei reparti da lui diretti; 4 non furono operati perchè morenti. Negli altri 22, di cui due soli senza lesione durale, intervenne. Di questi 6 morirono per meningo-encefalite, gli altri 16 furono trasferiti ad altri ospedali dopo un mese e più di decorso favorevole.

Fa opportune riserve sui risultati lontani e conclude riaffermando la necessità dell'intervento immediato e del trattamento aperto, od almeno di un ampio drenaggio, nelle ferite cranio-cerebrali.

Un caso di larga perdita ossea cranica in seguito a ferita d'arma da fuoco ed epilessia consecutiva, curata con innesto di fascia lata nella dura ed autoplastica cranica a lembo periosteo-osseo.

CASCINO ROSARIO (Palermo). — L'O. riferisce un caso di ferita d'arma da fuoco al frontale, cui residuava una vasta perdita dell'osso frontale con deturpamento dell'individuo e con successiva grave epilessia.

Fa la storia clinica dell'infermo e ne presenta le fotografie e la radiografia prima dell'intervento.

Descrive l'operazione, che consistè nell'incidere due grandi lembi quadrangolari: uno a base fron-

rale per scoprire la breccia, ed uno a base occipitale, per scoprire quasi tutto il parietale di sinistra. Indi liberò dalle aderenze il cervello e recentò i margini della breccia. Praticò poi un innesto nella dura di un lembo libero di cm. 7 × 6 di fascia lata presa dalla coscia. Passò indi alla osteoplastica, facendo un lembo periosteo-osseo a lamine ossee multiple secondo il metodo Durante-Righetti, applicato per rovesciamento e fissato con qualche punto ai margini periostei prossimi alla breccia. Escisse infine la cicatrice e praticò la sutura dei lembi cutanei. Guarigione *per primam*, con una cosmesi ottima e cessazione completa delle convulsioni. Presenta le fotografie e la radiografia dopo l'intervento, che comprovano il felicissimo risultato.

Fa infine una disamina dei metodi di plastica cranica e per esclusione arriva a scegliere il metodo Durante-Righetti.

Su 66 ferite cranio-encefaliche, con speciale riguardo alle lesioni del seno longitudinale superiore.

SAVIOZZI VALERIANO (Zona di Guerra). — Le osservazioni di ferite d'arma da fuoco del cranio e del cervello fatto nell'ospedaletto diretto dall'O., durante il biennio 1915-1916, sono in numero di 66.

In 39 casi fu eseguita la craniectomia; i rimanenti 27 furono semplicemente osservati. Furono operati con esito favorevole 25, con insuccesso 14.

Dei 27 non operati 15 sono guariti, 11 morti, di 1 l'esito è sconosciuto. Non furono operati i casi leggeri che non presentavano alcuna indicazione per l'intervento, ed alcuni altri giunti all'ospedaletto in condizioni gravissime, che non avrebbero potuto essere beneficati dall'operazione.

Le lesioni prodotte dai proiettili sul cranio variano a seconda della forma del proiettile, della forza viva che lo anima e dell'angolo col quale colpisce il cranio (colpi tangenziali o perpendicolari). Gli effetti possono essere così riassunti, unitamente alla casistica dell'O.:

a) lesioni limitate alle parti molli (d'importanza trascurabile: numerosi casi);

b) frattura completa della parete cranica (40 casi);

c) frattura limitata al tavolato esterno (eccezionale: nessun caso);

d) frattura limitata alla lamina vitrea (eccezionale: 2 casi);

e) penetrazione del proiettile nel cervello e permanenza in esso (23 casi, 8 dei quali operati — con 4 guarigioni e 4 decessi — e 15 semplicemente osservati — con 8 guarigioni e 7 decessi);

f) ferite transfosse senza fenomeni di scoppio (10 casi);

g) ferite transfosse con fenomeni di scoppio del cranio e del cervello (6 casi, di cui 1 non operato o morto, e 5 operati, con 3 guarigioni e 2 morti).

Quanto alle cause vulneranti, esse nei casi dell'O. furono:

Proiettile di fucile . . . . 13 volte
Spoletta di shrapnell . . . . . 1 volta
Palletta di shrapnell . . . . . 10 volte
Scheggia di granata . . . . . . 14 »
Bomba a mano . . . . 5 »
Sasso lanciato dallo scoppio di granata o di mina . . . . 4 »
Varie . . . . 2 »
Non stabilita . . . . 16 »

Esposte poi brevemente la sintomatologia (sintomi generali e sintomi a focolaio), gli ematomi epidurali, sottodurali e misti, le lesioni della dura madre, le complicazioni (ernia cerebrale, meningite, ascesso cerebrale) e la tecnica operativa, l'O. si ferma su 4 casi personali di lesione del seno venoso longitudinale superiore.

In tutti si osservarono fatti cerebrali generali di offuscamento della coscienza, talora accompagnato da perdita di feci, e fatti a carico delle zone rolandiche: tetraparesi e tetraspasmo. Questa sintomatologia motoria è stata anzi da taluno ritenuta caratteristica della lesione del seno longitudinale superiore. Si deve però, secondo l'O., tenere gran conto delle lesioni encefaliche che accompagnano quelle del seno. Nei casi dell'O. vi fu costantemente lesione dei lobi parietali, talora anche dei lobi frontali, e allora la tetraparesi e il tetraspasmo possono benissimo essere appunto l'espressione delle alterazioni prodotte dai proiettili nelle due zone rolandiche.

Dinanzi ad una emorragia per lesione del seno longitudinale superiore occorre far presto e bene.

I mezzi di cui dispone il chirurgo sono:

1° il tamponamento (introduzione stipata di garza asettica o iodoformica o di catgut nella ferita del seno, mantenuta per 4-6 giorni);

2° la sutura (praticata 2 volte con successo da Leconte e Bardescu e dal Narratil, ed una volta con esito favorevole dallo stesso Leconte);

3° la forcipressura;

4° la legatura.

L'O. praticò la legatura del seno con la tecnica seguente: breve incisione ad U della dura madre a destra del seno, con la base del piccolo lembo rivolta verso la linea sagittale: una seconda incisione a sinistra, sulla stessa linea della precedente: scollamento degli emisferi cerebrali dalla gran falce e trasfissione di quest'ultima con ago montato in seta: legatura del seno a monte e a valle.

In 2 casi l'atto operativo non si potè condurre a termine per morte del ferito sul tavolo operatorio in seguito a dissanguamento per emorragia (in un caso però non si potè escludere, per lo meno, la concomitanza di una embolia gassosa).

In altri 2 casi tecnicamente la legatura del seno fu possibile; se si ebbe la morte rispettivamente dopo 8 giorni e dopo 45 ore, ciò fu dovuto alle vastissime lesioni dei lobi parietali di ambedue i lati. Indubbiamente se l'O. avesse eseguito il semplice tamponamento non avrebbe ottenuto la emostasi, date le vaste lacerazioni del seno. Il tamponamento ha le sue speciali indicazioni nelle lesioni minime e i buoni risultati ottenuti con questo metodo da alcuni chirurgi sono da attribuirsi al fatto

ch'essi non si trovarono dinanzi a lesioni gravi come quelle prodotte da proiettili di fucile e da schegge di granata.

Il metodo della forcipressura pura e semplice avrebbe potuto essere sperimentato ed è da tenersi presente per il seguito, sia per la sua semplicità, sia perchè ha già dato risultati favorevoli nei casi di Molonay, Bensel, Keen, Mauclaire.

Compressione cerebrale da emorragia della meningea - Effetti curativi delle punture lombari ripetute.

ALHAIQUE ALDO (Napoli). — L'O., esposte le storie cliniche di due casi di emorragia intracranica da rottura della meningea media (per contusione della regione temporale destra in un caso e per ferita da scheggia di granata della regione temporale sinistra nell'altro), ambedue curati e guariti con ripetute punture lombari, conclude:

1° che le rotture dell'arteria meningea dànno una percentuale di mortalità meno elevata di quanto generalmente si creda;

2° che se in primo tempo, appena i fenomeni di compressione si aggravano, l'intervento si impone, è lecito dopo uno o più giorni astenersi da qualsiasi intervento, anche se i fenomeni di compressione persistono, purchè la ferita o la frattura concomitanti o una infezione locale sopraggiunta non esigano un pronto atto operativo;

3° che questi casi di emorragia intracranica non mortali sono i soli in cui i fenomeni di compressione traggono dalle punture lombari generose e ripetute un sollecito, efficace e definitivo beneficio.

L'O. ha ideato un piccolo manometro col quale poter determinare in grossi cani la pressione intracranica e misurare di quanto essa si abbassi in seguito a punture lombari o si innalzi in seguito a iniezioni endorachidee. Si duole che gli eventi della guerra gli abbiano impedito di praticare questi esperimenti, ma non dispera poterli iniziare ben presto e riferirne i risultati al prossimo Congresso.

Complicazioni infettive nei cranici.

CHIASSERINI ANGELO (Roma). — Durante la permanenza nell'Ambulanza chirurgica diretta dal suo maestro prof. Alessandri l'O. ha avuto occasione di convincersi che le complicazioni infettive portano il maggior contributo alla mortalità nei feriti del cranio con lesione cerebrale aperta.

Gli esiti letali per queste complicazioni infettive rappresentano il 74 per cento nella statistica globale dei cranici operati e morti in tale ambulanza.

Nella maggior parte dei casi si tratta di complicazioni precoci: meningite e meningo-encefalite, che portano a morte il paziente in breve spazio di tempo, da 3 o 4, a 10-12 giorni.

Ma non raramente gli è occorso di osservare complicazioni infettive dopo un lungo periodo di benessere generale, dopo 1-2-3 mesi.

Questo fatto deve renderci guardinghi nel dichiarare guariti i cranici osservati per un breve periodo di tempo, sia pure se dimessi in buone condizioni, specie se essi presentino un'ernia, anche se questa pulsa ed è ricoperta da buone granulazioni, o se vi sieno proiettili inclusi.

I mezzi più adatti per prevenire tali complicanze infettive sembrano all'O. i seguenti:

1° mezzi meccanici di protezione del capo, per cui i proiettili (specialmente quelli dotati di minore forza viva) non producono più o raramente lesioni cerebrali aperte. Purtroppo ciò non si avvera sempre;

2° invio il più rapido possibile di tutti i cranici là dove sia possibile un intervento acconcio, e quindi intervento precoce in tutti i casi in cui si sospetti lesione del cranio (la puntura lombare può dare, ma non sempre, qualche sussidio diagnostico);

3° quando la dura non è lesa, anche se questa non pulsa, e si supponga la presenza di un ematoma sottodurale o di un focolaio di contusione cerebrale, l'O. crede si debba non incidere quando non esistono sintomi a focolaio di compressione grave, e tentare in ogni modo delle punture spinali ripetute;

4° se la lesione cerebrale è aperta, l'asportazione di tanto tavolato cranico quanto permetta di dominare la ferita del cervello, la detersione meccanica del focolaio, la possibile asportazione dei proiettili ritenuti;

5° quanto al tamponamento o alla chiusura per prima, l'O. crede si possa scegliere o l'uno o l'altro metodo a seconda delle condizioni della ferita del cervello;

6° somministrazione giornaliera di urotropina.

L'esperienza dell'ambulanza diretta dal professore Alessandri e di altri dimostra che sopratutto l'intervento precoce ha grande importanza. E questo intervento dovrebbe essere tanto più raccomandato, in quanto la resistenza della sostanza cerebrale alla diffusione dei processi flogistici da ferite contaminate è notevole e quindi più numerose le probabilità di una guarigione completa, quando l'intervento sia precoce.

Interventi tardivi delle lesioni cranio-cerebrali.

BESTA CARLO e BOSSI PIETRO (Milano). — I° L'O. (BESTA) accenna per sommi capi ai dati clinici che lo hanno indotto a proporre l'intervento operativo in molti cranici considerati già guariti.

Alcuni casi, anzitutto, hanno dovuto essere rioperati di estrazione di proiettili e di frammenti di proiettili, oppure di scheggie ossee più o meno voluminose e numerose, la cui presenza aggravava in modo singolare il quadro clinico, a non contare, sopratutto per le scheggie ossee, il pericolo di ascessi cerebrali tardivi.

Altri presentavano delle manifestazioni che aggravavano singolarmente il corteo sintomatico, senza che la radiografia rivelasse l'esistenza di scheggie metalliche od ossee (accessi convulsivi di tipo jacksoniano, che in alcuni si generalizzavano, determinando poi perdita completa della coscienza; cefalee intense, periodi di obnubilamento del sensorio e della psiche, incapacità assoluta al lavoro). A parte quindi l'opportunità di chiudere le breccie

ossee, in quasi tutti i casi molto ampie, della teca cranica e di eliminare le aderenze tra la cute e gli involucri cerebrali sottostanti, si verificava la necessità di constatare se esistevano processi anatomo-patologici speciali, come causa della sintomatologia osservata.

L'intervento ha dato infatti sempre una spiegazione chiarissima del fenomeno. In undici casi si sono trovate delle cisti, a volte uniche, a volte con camere piene di liquido limpidissimo, talvolta così abbondante da lasciare sospettare che esistesse una comunicazione colla cavità ventricolare, mentre questo non si è verificato mai.

In alcuni di questi casi la sostanza cerebrale era compressa ed approfondita e nel secondo tempo dell'operazione si è trovato che era risollevata sino al margine della breccia ossea: in tutti al momento della scopertura della sostanza cerebrale mancava la pulsazione, che è comparsa quando il liquido in parte era fuoriuscito. In tre casi la cicatrice era diventata spessa e fibrosa, essendo avvallata e compressa la sostanza cerebrale sottostante; in altri due casi infine si è trovata una placca di leptomeningite localizzata, infiltrante gli strati corticali. In tutti i casi poi la dura era gravemente lesa, aderente alla teca ed alla cute pericranica.

I risultati degli interventi sono stati molto buoni in tutti i casi, in alcuni poi al di là delle speranze degli OO.

I fenomeni generali (cefalee, vertigini, obnubilamento della coscienza) sono in tutti completamente scomparsi; i fenomeni di focolaio hanno presentato in quasi tutti un miglioramento notevole rimanendo stazionari in due soltanto.

Gli accessi convulsivi generalizzati jacksoniani sono pure cessati in tutti i casi: in tre da parecchi mesi. Gli altri sono più recenti, così che l'O. non può dire se la scomparsa sarà stabile.

* * *

II° L'O. (BOSSI) riferisce alcune notizie sulla tecnica seguita nell'operare i casi riportati dal Besta, in relazione specialmente alla cranio-plastica. Sulle indicazioni di quest'ultima nei casi operati non insiste, essendo opinione ormai comune che in presenza di una breccia cranica si debba intervenire per chiudere con mezzi ortopedici la breccia stessa. A maggior ragione vi si ricorre qualora il soggetto accusa cefalea, vertigini od altri sintomi che si possano ascrivere alla mancata chiusura della breccia cranica.

Nei primi casi l'O. aprì il cranio con un lembo formato da parti molli e ossee circoscrivente la regione cicatriziale, ma successivamente abbandonò tale tecnica e penetrò nella cavità cranica metodicamente attraverso la breccia già esistente nella maggior parte dei casi, o, quando mancava questa, aprendo il cranio con la fresa di Doyen, in corrispondenza della lesione ossea, messa allo scoperto mediante l'incisione di un lembo di parti molli concentrico alla regione lesa. Ha abbandonato il sistema di praticare la craniectomia a lembo osteo-plastico perchè di solito nell'area lesa la dura madre manca, ovvero è irregolare ed aderente alla lamina vitrea, pure alterata di aspetto e di struttura. Riapplicare il lembo in tali condizioni avrebbe portato alla formazione di aderenze ed inevitabilmente alla ripetizione, se non totale, almeno parziale della sintomatologia che aveva determinato l'intervento, come infatti ebbe a verificarsi in un caso dell'O. Per tale ragione l'O. è ricorso al trapianto libero, talora autogeno, di osso o di cartilagine costale, talora eterologo usufruendo della scapola di coniglio ed infine adoperando lamine di argento dello spessore di mm. 1,5 e dorate a fuoco. Il lembo trapiantato venne applicato all'esterno della cavità cranica, appoggiato ai bordi della breccia ossea in modo da chiuderla quasi completamente, lasciando solo piccoli spazî non coperti, tali che l'attività osteo-genetica delle ossa craniche fosse in grado di colmarli. Il lembo trapiantato non fu messo dentro la breccia cranica e tanto meno fra dura e teca, per ridurre il meno possibile la cavità cranica, permettere una ulteriore espansione del tessuto encefalico e favorire la nutrizione del lembo, ponendo questo più in contatto con il cuoio capelluto, molto vascolarizzato, che con la dura madre.

Inoltre, per evitare il fomarsi di aderenze fra dura madre e tessuto trapiantato, l'O. ebbe l'avvertenza di rivolgere verso la dura la parte sottocutanea della tibia e della cartilagine costale o la parte profonda della scapola, lasciando verso il pericranio la superficie tibiale o costale o scapolare recentata dall'azione dello scalpello o del bisturi (la scapola è cruentata sulla faccia superficiale per la necessaria asportazione della spina).

L'O. ha eseguito sei volte il trapianto autogeno di lembo tibiale, quattro volte il trapianto di scapola di coniglio, in quattro casi quello di cartilagine costale e quattro volte ha chiuso la breccia cranica con lamine metalliche.

Nei casi di trapianto autogeno tibiale si è rilevato che esso è attecchito in tutti ed ha servito completamente allo scopo. Due fatti conviene però notare: la possibilità di una frattura della tibia e la possibilità d'una suppurazione della regione in cui è avvenuto l'innesto. La frattura tibiale s'ebbe in due casi dell'O., ma guarì benissimo, senza lasciare nei pazienti disturbi di sorta: l'inconveniente si è ridotto alla necessità di una più lunga immobilizzazione dell'arto. In un altro caso, in cui per la necrosi del lembo cutaneo, provocata, probabilmente, dalla sutura emostatica preventiva a punti staccati, la suppurazione e la eliminazione di due grossi sequestri non ha impedito la guarigione e l'attecchimento del lembo — la breccia cranica si è ben chiusa e l'ammalato non ha mai lamentato alcun inconveniente.

Nei casi operati di innesto con scapola di coniglio si è osservato qualche dato interessante. Nei due primi casi, quattro giorni circa dopo l'intervento, si ebbe edema alla fronte ed alle palpebre — l'esame delle orine dimostrò la presenza di traccie di albumina nel primo e di zucchero nel secon-

do — dopo pochi giorni l'edema scomparve — dopo 10 giorni circo era scomparsa l'albumina e lo zucchero nelle orine rispettivamente dell'uno e dell'altro. Nel terzo caso, in cui furono trapiantate due scapole di coniglio, si ebbero pure gli stessi fatti, ma fugaci. L'edema durò poco più di due giorni e la presenza di zucchero nelle orine pure.

È da notare a questo proposito che nei primi operati le scapole trapiantate presentavano in parecchi punti frustoli di tessuto muscolare ed erano ricoperte dal periostio, mentre nel terzo caso, reso edotto dagli esempi precedenti e sospettando che i fenomeni fossero dovuti all'assorbimento di albumine eterogenee introdotte insieme al tessuto osseo trapiantato, l'O. ebbe cura di raschiare accuratamente le due scapole in modo da togliere non solo ogni frustolo muscolare, ma anche il periostio.

Tutti i metodi sperimentati risposero allo scopo. Il trapianto osseo con lembo autogeno tibiale sembrò il più indicato, quando la breccia da coprire era ampia: sul possibile inconveniente di una frattura della tibia si è già parlato. Il trapianto di scapola di coniglio è indicato quando si debbano chiudere piccole breccie craniche, e così dicasi della cartilagine costale — che tuttavia si presterebbe anche per breccie ampie, ricorrendo a lembi molteplici. Quanto alle plastiche con lamine d'argento dorato, l'O. non si pronunzia sul loro valore, essendone troppo recenti le prove. Tuttavia, in conclusione, ritiene che preferibili a tutti siano i trapianti ossei, così autogeni che eterologhi.

Lesioni di guerra dei seni della faccia, per proiettili d'arma da fuoco.

BILANCIONI GUGLIELMO (Roma). — Nella moderna guerra di trincea le ferite dei seni della faccia non sono molto rare; su circa 1800 feriti ed ammalati accolti sin dall'agosto 1915 nella Clinica otoiatrica di Roma, l'O. ne ha avuti 20 casi, che riguardavano in prevalenza i seni mascellari di uno o di ambedue i lati, in minor numero i fronto-etmoidali.

Le lesioni «di guerra» dei seni della faccia, se richiedono dal lato terapeutico sovente la stessa terapia radicale che noi usiamo nelle forme flogistiche acute o croniche degli antri accessori del naso, se ne distinguono per le lesioni anatomo-patologiche, per il decorso clinico e per le complicazioni.

Infatti, mentre nelle sinusiti mascellari, ad es. di origine dentaria o rinogena, la lesione prevalente è data dalle alterazioni della mucosa, qui predominano le lesioni a carico delle pareti ossee, e mentre le prime hanno il decorso e la sintomatologia che tutti conoscono, le ferite degli stessi seni hanno aspetto clinico diverso a seconda di varie condizioni, specie se si tratti di ferite dirette o con forame d'ingresso a distanza, con maggiore o minore interessamento e malgoverno dei tessuti molli.

Anzitutto dai casi dell'O. risulta come fatto generale che, allorquando i seni stessi sono attraversati da una pallottola, senza che questa produca fenomeni di scoppio, e in particolar modo frattura più o meno comminuta dei frammenti, ma si abbia un netto forame di entrata e di uscita, la ferita guarisce senza cure speciali, senza che ne residui un seno fistoloso, senza che la cavità del seno si inquini.

Ben altro è il decorso quando avvenga frattura e avvallamento dei frammenti. In tal caso si stabilisce un seno fistoloso fungheggiante e tutto il seno si riempie di fungosità e di frammenti ossei denudati e liberi, quando anche non suppuri copiosamente. L'avvallamento della parete anteriore del seno mascellare, il malgoverno avvenuto per la ferita a carico del periostio, rendono particolarmente difficile la ricostituzione cosmetica della regione mascellare. In alcuni di questi casi poi un altro fattore complicante è dato dal forame d'uscita dal seno, che in alcuni casi è accaduto a traverso il palato duro, formando a traverso il pavimento nasale un pertinace seno fistoloso e finendo nel collo, ove può ledere i grossi vasi e alcuni nervi cranici all'emergenza dal forame lacero posteriore.

Di cinque casi di lesioni fronto-etmoidali da proiettili, tre hanno richiesto l'intervento radicale. L'unico caso letale, fra tutti i ricordati, venne offerto da un soldato, in cui un colpo di granata a mano aveva asportato il globo oculare di sinistra e la radice del naso (donde stenosi delle vie lacrimali) e aperto il seno frontale di sinistra, che si inquinò; la morte avvenne per ascesso del lobo frontale dello stesso lato e meningite purulenta acutissima. Tutti gli altri casi guarirono perfettamente, eccetto per quanto riguarda le lesioni nervose.

Dott. L. C. ZAPELLONI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Gli pseudorantoli fibrinosi.

(HEIM e JEANNERET-MINKINE. *Revue médicale de la Suisse Romande*, nn. 11, 12, 1916).

Avviene alcune volte di trovare all'autopsia un empiema, che non era stato diagnosticato durante la vita. Trascuriamo l'essudato interlobare non parietale, ma il fatto si produce in casi di pleuriti purulente in largo contatto con la parete.

La diagnosi delle pleuriti purulente parietali, è d'ordinario assai semplice, ma esistono dei fatti che inducono in errore l'osservatore non accorto: questi fatti consistono nella produzione di rumori, che ricordano perfettamente i rantoli inspiratori alla superficie di una parete toracica, malgrado la esistenza di un essudato purulento fra l'orecchio ed il polmone.

Gli Autori riportano un caso clinico, nel quale esisteva ottusità in tutto il lato destro del torace in avanti; il fremito vocale tattile abolito in basso, diminuito a livello del lobo superiore; il murmure vescicolare era abolito. Durante la profonda inspirazione e colla tosse si ascoltavano rantoli consonanti fini e medi in basso. In dietro ottusità dall'alto al basso, con fremito assai diminuito: anche qui si ascoltavano gli stessi rantoli. Si pensò ad una polmonite prima, poi ad un empiema interlobare centrale: una puntura esplorativa riuscì però negativa.

All'autopsia si trovò tutto l'emitorace destro ripieno di un essudato purulento assai denso: il polmone era fortemente atelettasico e respinto in alto ed in avanti. La pleura era ricoperta da uno strato fibrinoso, spesso.

L'autopsia dimostrò adunque che i rantoli non avevano un'origine polmonare: il solo stiramento inspiratorio, esercitato su spesse false membrane fibrinose alla superficie di un essudato purulento, può adunque produrre rumori simulanti rantoli umidi e ripetentisi indefinitamente in ciascuna profonda inspirazione. Perchè la puntura fu negativa? O perchè un coagulo di fibrina occluse l'ago, o perchè questo era troppo fino per un essudato spesso, od infine perchè l'operatore penetrò in pieno tessuto polmonare.

Un secondo caso osservato dagli Autori è pressochè simile al primo per i dati clinici e per il reperto necroscopico.

Basterà conoscere questi pseudorantoli per evitare di concludere a torto, dalla presenza dei rantoli umidi in un lato, l'assenza di un essudato immediatamente sottogiacente.

Resta a conoscere la causa per la quale questi rantoli pleuro-fibrinogeni si ascoltano in certi empiemi e non in altri.

Non si tratta certamente di una quistione di tempo: lo spessore delle false membrane non è il fattore determinante. Qualunque ne sia la causa, è una condizione indispensabile alla genesi di questi pseudorantoli che la parete toracica non sia dal lato dell'empiema immobilizzata nè da un riflesso, nè da una causa puramente meccanica, perchè possa nella ispirazione stirare le false membrane.

Se l'empiema è bilaterale, se l'altro lato è affetto da grave infermità, i riflessi tendono a forzare l'inspirazione impedita dai due lati per lottare contro la diminuzione della superficie di ossigenazione.

Quanto all'ostacolo meccanico, l'immobilizzazione toracica per un essudato abbondante, dovuta alla inestensibilità dei liquidi, può essere compensata da una grande mobilità del mediastino.

Come conclusione, in attesa di una spiegazione più completa, si può dire che i pseudorantoli pleurofibrinogeni possono ascoltarsi alla superficie di un essudato purulento nei casi sopratutto, in cui l'empiema è bilaterale e, quando è unilaterale, in quelli in cui l'essudato è in largo contatto con la parete ed il mediastino è molto mobile. P. C.

TERAPIA.

Il trattamento delle distorsioni.

La distorsione viene descritta come una lussazione incompleta in cui l'articolazione viene spostata con una forza sufficiente a strappare od a tendere eccessivamente i legamenti od i tendini. Il trattamento deve essere diretto non solo ad alleviare il dolore immediato, ma anche ad impedire le comuni conseguenze, debolezza muscolare e rigidità articolare.

Al momento della distorsione il paziente avverte un dolore seguito da torpore ed in seguito da gonfiore ed aumento della dolorabilità. Quest'ultima è dovuta alla pressione del sangue e della linfa stravasati sui nervi sensitivi; e scomparirà tanto più presto, quanto prima verrà riassorbito lo stravaso.

All'assoluto riposo, che si consigliava anni fa, si sostituisce un leggero massaggio (sfioramento) da eseguirsi per una ventina di minuti, una volta al giorno. Quando diminuisce il gon-

fiore, si potrà fare un massaggio un po' più forte, evitando però di farlo profondo. Negli intervalli, si potrà applicare una fasciatura consigliando altresì qualche movimento.

Il massaggio, applicato fin da principio, non solo aiuta l'assorbimento, ma evita anche la formazione di aderenze; i movimenti, che devono gradatamente aumentare, impediscono la atrofia muscolare. Frank Romer (*British med. Journ.*, 10 febbraio) consiglia di applicare un cerotto adesivo, in modo da impedire dei falsi movimenti, e di consigliare l'uso moderato dell'articolazione. È però necessario che proprio questa venga usata; così p. e. nel caso di una distorsione della caviglia è affatto inutile per lo scopo che ci si propone, che il paziente cammini con la caviglia rigida ed il piede rivolto all'interno; esso deve sforzarsi ed articolare il piede come normalmente. Dopo tre-quattro giorni, il cerotto va cambiato, specialmente tenendo conto della diminuzione del gonfiore: in 10-15 giorni, il paziente potrà camminare come prima; è però consigliabile di tenere ancora il cerotto per qualche tempo.

La distorsione della spalla è molto dolorosa ed incomoda: il massaggio darà ottimi risultati per prevenire le aderenze. Prima di una settimana il braccio non dovrà venire alzato al di sopra del livello della spalla; e tale movimento verrà fatto solo dal medico. Si applicherà una striscia di cerotto adesivo circolarmente all'articolazione (per sostenere il legamento capsulare) con un poco di cotone sotto l'ascella; e si potranno permettere tutti i movimenti inferiori del braccio. Spesso si ha una distorsione del capo lungo del bicipite (nell'atto di gettare) a cui segue una tendo-sinovite, che può diffondersi a tutta l'articolazione. Nella distorsione del gomito, si deve iniziare presto, col massaggio, un cauto movimento di estensione.

Frequenti sono le distorsioni del ginocchio e le consecutive sinoviti. Nei casi leggeri è opportuno il massaggio, che deve essere preceduto dall'aspirazione del liquido, quando vi sia versamento endoarticolare; pratica, che, secondo l'A., si pratica di norma in molti ospedali francesi. Quando sia necessario il riposo si praticherà una fasciatura, ponendo il ginocchio in leggera flessione (per mezzo di un piccolo cuscino applicato al disotto). Se il dolore è forte si potranno fare delle lozioni anodine, e, negli intervalli, il massaggio. Il distacco delle cartilagini semilunari si ha più spesso in conseguenza di sinovite traumatica da causa diretta, che in seguito a distorsione; sintomi analoghi a quelli del distacco di tali cartilagini, si hanno quando una piega della sinoviale si introduce fra le superficî articolari. La maggior parte dei pazienti si lamenta solo di un dolore forte anteriormente, nella flessione esagerata della gamba; tali disturbi sono compatibili con una professione che non esiga sforzi fisici; ma ogni tentativo di fare dell'esercizio fisico è seguito da una sinovite. Il trattamento, nelle forme non complicate, consiste nel rimettere a posto la cartilagine, con manovre esterne, facendo seguire una fasciatura, o l'applicazione di cerotto, in modo da permettere solo i movimenti di flessione e di estensione.

L'atrofia muscolare dell'arto inferiore va combattuta non solo col massaggio, ma anche con una adatta ginnastica; nel caso del ginocchio non è solamente l'estensore del femore, ma sono tutti i muscoli della coscia che vengono atrofizzati, risultandone poi un circolo vizioso, poichè sono essi che costituiscono il principale appoggio dell'articolazione. Gli esercizî debbono essere graduati da compiersi soprattutto per mezzo di una puleggia che sollevа un peso, da aumentarsi gradatamente; meno adatta, in principio, è la ginnastica svedese. Qualunque esercizio deve essere incominciato solo quando è passato lo stadio acuto; in seguito dovrà essere eseguito giornalmente, abbandonando (quando non si tratti di scivolamento di cartilagine) qualsiasi apparecchio contentivo.

In ogni caso di distorsione grave ed a decorso prolungato, sarà necessario procedere alla radiografia, che spesso, farà scoprire delle fratture non riconosciute. *ini.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(838). *Ancora sull'adrenalina nelle nefriti acute.* — Al dott. E. R. Collebeato (Brescia):

Nel fascicolo 20 del corrente anno Ella potrà, nella *Posta degli abbonati*, leggere un efficace riassunto sul meccanismo di azione dell'adrenalina nelle nefriti acute, e farsi quindi un concetto delle sue indicazioni e dei beneficî che è lecito attendere da essa. Si somministrano ordinariamente una quarantina di gocce al giorno, in più riprese, della soluzione normale al millesimo, per vari giorni, saggiando la tolleranza individuale e tenendo conto dei risultati ottenuti nei singoli infermi. Az.

(839) Al dott. F. V., Zona di Guerra:

I lavori del prof. G. Sanarelli sulla patogenesi del tifo addominale si trovano negli *Annales de l'Institut Pasteur*, 1892-1894. Sono ri-

prodotti nella *Rivista di Igiene e Sanità pubblica*, 1893-1894.

Sull'uso degli enteroclismi può consultare qualsiasi buon trattato di tecnica medica, p. e., Devoto (F. Vallardi, editore, Milano). *ini.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Dott. Raffaele Intrito, tenente-colonnello medico della R. Marina. *L'origine dell'acido urico e la nuova cura della gotta.* Noci, tip. Cressati e Taranto, presso l'Aut. Un vol. di pagg. 70, L. 2.50.

Garrod, che fu primo a studiare scientificamente la patogenesi della gotta, verso la metà del secolo scorso, diceva: *la cura della gotta esiste e consiste nel mangiare per non più di uno scellino al giorno e nel guadagnare questo col sudore della propria fronte, e cioè col lavoro fisico.* L'A. potrebbe mettere questa sentenza come epigrafe del suo volume, in una futura ristampa della sua piccola ma efficace opera di divulgazione di idee, non nuove ma recentemente rinnovate, in base ad una razionale dietetica che è conquista o riconquista tutta moderna.

In materia di alimentazione ci eravamo purtroppo lasciati fuorviare dagli eccessi della scuola tedesca, per cui, fino ad un decennio fa, giurando in *verba Germaniae*, ogni medico esaltava l'eccellenza del regime carneo, ed anche in materia di terapia, incappava spesso negli errori di un'inconsulta iperalimentazione ultra-azotata.

Il rinsavimento è dovuto agli studi ed alle ricerche dell'americano Chittenden e del danese Hindhede, le cui conclusioni furono accettate ormai dalla stessa scuola tedesca; ma purtroppo queste idee stentano a penetrare fra i profani e fra gli stessi medici. Molti trattati d'igiene anche recenti sono ancora pieni dei vecchi errori; onde l'A. bene ha fatto, con questo e con un altro piccolo precedente volume (*Sulla cura razionale dell'obesità*), ad esporre i moderni concetti in forma piana ed accessibile anche alle persone di comune cultura. Dopo aver chiaramente definito quale sia il fabbisogno alimentare dell'uomo sano, egli addita i più comuni errori dell'alimentazione ordinaria e le conseguenze di esso. Dato quindi un cenno dell'artritismo o diatesi artritica o uricemica (trasmissibile per ereditarietà ma dovuta essenzialmente ad una alimentazione sovrabbondante ed eccessivamente azotata, con l'aggravante della vita sedentaria), dedica un capitolo alla patogenesi dell'uricemia stessa ed all'origine del suo fattore essenziale: l'acido urico. Enumerate in seguito le svariate manifestazioni e parvenze che l'uricemia può assumere, passa alla trattazione della principale malattia che ne può derivare, cioè la gotta.

Nella cura degli accessi acuti e della diatesi gottosa non son da trascurare le risorse farmaceutiche, fisiche e balneo-termali, e l'A. ne fa una rapida rassegna critica, per passare poi alla terapia veramente razionale e preventiva, che è la cura dietetica.

L'indicazione sopracitata del Garrod contiene in sè tutta la verità, ma è troppo sommaria ed anche soverchiamente cruda o crudele.

Il paziente dovrebbe ridursi al vitto di un anacoreta ed alla vita di un contadino. Ma vi sono dei temperamenti anche a questo; ed in ciò consiste la novità della cura proposta dall'A., cioè in *tabelle alimentari per gottosi* a norma delle quali, servendosi della bilancia, qualunque paziente può regolare i propri pasti, con sufficiente varietà per trarne sicuro vantaggio e certa guarigione... a patto di perseverare nella prescritta e conveniente dietetica.

Gli uricemici e specialmente gli obesi ed i gottosi saranno grati all'A. che insegna loro la *disciplina alimentare* a cui si devono deliberatamente sottoporre, e che, in verità prima non era stata mai formulata in forma così concreta precisa e pratica.

Sappiamo di illustri personaggi che hanno accolto come una benedizione la disciplina suggerita dall'A. e questo sarà certo per lui il più ambito premio all'opera sua modesta, ma sommamente utile. Spectator.

Dott. Alberto Percival. *Acidosi diabetica.* Un vol. in-8° di pagine 162. Lattes e C., ed. Torino. Prezzo L. 6.

La dottrina sull'acidosi diabetica, affermata da Naunyn e dalla sua scuola è stata oggetto in questi ultimi tempi di numerosi studî. L'A. con questo suo lavoro vi porta un largo contributo. Nella parte sperimentale, egli studia, nel cane florizinato, nell'uomo normale e diabetico, le sostanze chetogene, le antichetogene, e la sorte dei corpi chetonici *in vitro* e nell'organismo. Esamina in seguito le varie forme di acidosi, la loro sintomatologia, ed i criterî che servono per la diagnosi, la prognosi e la terapia. Fil.

Nella corrispondenza del prof. D. Giordano inserita nel fascicolo 23, pag. 752, alla riga quart'ultima si legga «orecchî» al posto di «occhi».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Onorarî e tariffe nella crisi post-bellica.

Per comprendere le difficoltà professionali che la classe medica si deve attendere con la pace, si devono innanzi tutto prospettare i motivi che vanno concorrendo a svalutare la nostra professione. A parte le difficoltà economiche generali, che non possono non avere una ripercussione sulla nostra classe, bisogna convenire che le cause che la guerra ha determinate per preparare la crisi particolare della professione medica non sono poche, nè poco efficienti.

Dobbiamo innanzi tutto riconoscere che la lunga durata della guerra ha per varie professioni creato un adattamento alla deficienza dei mezzi, un equilibrio automatico fra la domanda e la offerta. La deficienza d'ingegneri e di mano d'opera ha paralizzato l'industria civile e l'edilizia, la deficienza d'avvocati ha ridotto ad un numero bassissimo i processi evitabili, la deficienza di medici evidentemente non ha fatto diminuire le malattie (c'è chi sostiene anche questo!), ma ha consigliato una minore richiesta di visite e di altre prestazioni mediche. La popolazione civile si è automaticamente adattata al minor numero di sanitarî. Di questi, coloro che per la loro età non avevano obblighi militari, o coloro che, più fortunati, hanno potuto indossare l'onorata divisa rimanendo attaccati al proprio focolare, hanno sufficientemente corrisposto a tutte le richieste. Si è venuto così creando l'abitudine o meglio si è andata consolidando l'abitudine, che già si era accennata nei felici e remoti tempi della pace, a fare a meno del medico. E nulla è più difficile di sradicare le abitudini.

Secondo: la guerra, è vero, ha rese deserte le aule universitarie, ma se i giovani non si sono regolarmente addottorati, l'Università castrense sforna ogni anno un numero imponente di nuovi medici, ora bene accolti dai colleghi anziani di cui vanno a prendere il posto nei reggimenti o nelle sezioni di sanità, ma che domani faranno sentire il loro peso nella lotta della vita. Nè bisogna contare su la diminuzione di nuove iscrizioni alla facoltà mediche, perchè il desiderio di servire la patria in armi non combattenti consiglia molti a farsi discepoli di Esculapio. È desiderabile che superato il pericolo molti di essi vogliano abbandonare la cattiva per la buona via, ma è più facile che persistano nell'errore.

È presumibile adunque che le migliaia di colleghi che a smobilitazione compiuta torneranno alle proprie residenze incontreranno non lievi difficoltà a riprendere la loro attività professionale. E ciò per un triplice ordine di cause: crisi economica generale, adattamento della popolazione ad un minor numero di medici, aumento del numero dei medici.

Il disagio post-bellico è presentito da tutti e già gli Ordini di medici si effrettano a formulare voti ed ordini del giorno, e nei giornali professionali valenti colleghi indicano i mezzi per ovviare agli inevitabili inconvenienti. Non è certo ragion di conforto per i colleghi che con tanta abnegazione sopportano i sacrificî che la guerra impone, sapere che con la pace li attendono nuove difficoltà. Ma ora più che mai la realtà va guardata in faccia, tutta intera senza esagerazioni avvilenti e senza diminuzioni illusorie.

Tra i mezzi atti ad ovviare gli inconvenienti derivanti dal disagio economico è stato subito proposto quello che è sembrato il più semplice: l'aumento delle tariffe.

Io non so se tutti i voti, tutti gli elenchi di tariffe e di onorarî fissati dalle varie associazioni professionali mediche abbiano avuto mai la sanzione della pratica attuazione. È lecito dubitarne. Oramai la esperienza ha dimostrato che tutte le categorie di lavoratori o di professionisti che non appartengono a mestieri non industrializzati e che non possono valersi dell'arma dello sciopero, dell'ostruzionismo, del *sabotage* e simili non riescano ad ottenere miglioramenti delle loro condizioni. La classe medica può contare le sue vittorie al riguardo solo per l'istituto della condotta, per il quale è stato possibile minacciare e spesso attuare la rappresaglia della diffida e del boicottaggio. Per tutto il resto, compreso quello che sembrava più possibile, una migliore retribuzione della prestazione ad enti ed autorità pubbliche, la classe medica non ha economicamente avanzato di nulla. Anzi in alcune località, malgrado ogni voto o deliberazione delle associazioni di classe o simili, le tariffe, quelle fissate dalla consuetudine, sono andate peggiorando. Non si può dare una esatta interpretazione di questo fenomeno, ma è certo che l'opera del medico, come libero professionista, è andata progressivamente svalutandosi.

Sia che dipenda dall'aumento del numero dei medici, dall'aumento numerico e dal miglioramento degli ospedali, delle case di salute, degli ambulatori, ecc., sia che dipenda dall'incremento della cultura generale è certo che il

medico libero esercente è meno chiamato e peggio pagato.

Gli aumenti di tariffa fissati dagli Ordini dei medici sono rimasti allo stato di imposizione teorica, e non sono utilizzati neppure come punto di orientamento per la valutazione delle varie prestazioni sanitarie.

Questo fatto del resto non ha che confermato quel che alcuni avevano preveduto ed affermato fin da quando per la prima volta si credette da alcuni ovviare al progressivo decadimento professionale con la istituzione delle tariffe fisse.

Sfogliando la collezione di questo giornale trovo riportata nell'annata 1905 la magnifica relazione del prof. Ascoli al Consiglio dell'Ordine dei medici di Roma sui criterî e metodi per valutare gli onorarî medici. Fin da allora egli sosteneva che la definizione d'una tariffa minima non risolve che in maniera antiquata, antipatica, imperfetta e limitatamente la quistione degli onorarî medici.

A parte infatti ogni discussione sulla dibattuta quistione di fissare in termini inelastici il corrispettivo di prestazioni che hanno un'estrema variabilità di lavoro, d'importanza, di responsabilità, sta il fatto che la imposizione di una tariffa presuppone uno spirito di solidarietà, di forza e di autorità, che effettivamente mancano alla classe medica.

Nessuno vorrà negare che tra noi manca quel vero e beninteso spirito di classe, quella sana e cosciente disciplina che ci costringa all'osservanza di norme liberamente deliberate.

Non v'ha dubbio per altro che a noi manca la forza capace di tradurre in atti e d'imporre le nostre deliberazioni in materia di tariffa, perchè i nostri rapporti con i clienti non hanno nulla di analogo a quelli che corrono tra l'operaio ed il capitalista.

Nè possiamo contare sull'appoggio di un'autorità effettiva e reale, se teniam conto che gli Ordini dei medici non sono in grado di ottenere che l'autorità giudiziaria rispetti ed adotti il loro giudizio in materia di tassazione di perizie. E del resto anche per la nota di onorarî medici per clienti privati la magistratura, udito il Consiglio dell'Ordine, giudica come crede.

Ciò premesso, ritengo che allo stato dei fatti i medici debbano rinunziare all'idea illusoria di superare la crisi post-bellica con la istituzione o l'aumento di tariffe. E ciò anche perchè lo stato economico generale farebbe ritenere pretenziosa una tale richiesta.

La verità dura è questa, che la classe medica si trova nella condizione di non poter nulla chiedere, nulla pretendere malgrado le radicali trasformazioni dell'ambiente sociale.

Essa deve subire l'indefettibile legge della libera economia del rapporto fra domanda e offerta: limitare il numero dei liberi esercenti.

Convien quindi che una parte dei medici, se vi sarà costretta dalla necessità, emigri verso i paesi dove il numero dei medici era già in difetto prima della guerra, o dove questa purtroppo ha fatto vuoti profondi.

Al riguardo è necessario che fin d'ora il Governo nel regolare l'immancabile emigrazione della mano d'opera, faccia in modo che anche il proletariato del pensiero sia fuori d'Italia occolto con quella dignità e quel rispetto che si è meritati con i sacrificî cui si è sottoposto, col sangue versato per la libertà di tutta l'umanità.

Ma occorre ancora che le porte delle Università siano un po' socchiuse e ben guardate, permettendo l'ingresso non a tutti, ma solo a quelli che danno garanzia di poter seguire gli studî con serietà e vera intelligenza.

E le vestali della scienza non gridino. Purtroppo il livello culturale della professione sanitaria è andato progressivamente abbassandosi ed in ragione diretta dell'aumento numerico dei medici. Diminuendo il numero si contribuirà al benessere ed al decoro della classe e forze anche all'effettivo progresso della scienza.

PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

Pei medici di riparto delle Ferrovie di Stato. — Dalla relazione della Commissione Reale per la riforma dei servizi ferroviari riportiamo quanto riguarda il trattamento dei medici di riparto.

Raccomandazioni relative al vigente regolamento in ordine alle richieste dei medici di riparto.

I. — *Sugli articoli* 11 *e* 53 *del regolamento sul Servizio sanitario.* — L'art. 11 del regolamento per il Servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato, approvato con decreto ministeriale del 31 dicemb. 1913, al comma 1° e al comma 3°, n. 2, prescrive che per i medici di riparto l'obbligo della cura degli agenti compresi nel riparto loro affidato, o che vi si trovino temporaneamente per ragioni di servizio, e l'obbligo della cura delle famiglie nelle località malariche o disagiate, non si estendono agli agenti sia a stipendio sia a paga giornaliera che lungo le linee abitino in località poste oltre due chilometri dall'ufficio o dal luogo del lavoro, o nei centri oltre il limite del riparto medico, ed in ogni caso per difetto di abitazioni dimorino a maggiore distanza di quella che fosse loro consentita.

Secondo il comma 4° dello stesso articolo il medico di riparto ha però l'obbligo delle visite di accertamento ed anche l'obbligo della cura per gli agenti, di cui sopra, quando per la gravità della malattia si renda pericoloso il loro trasporto in un

ospedale e non sia possibile avere sul luogo la necessaria assistenza.

L'art. 53, quart'ultimo comma, stabilisce, poi, che nessun compenso spetta ai medici di riparto per le visite di accertamento e per la eventuale cura degli agenti di cui all'art. 11, comma 3°, n. 2, e comma 4°, salvo il rimborso delle spese di vettura.

I medici di riparto hanno chiesto che sieno, nel predetto caso, loro pagate almeno le visite di cura, poichè le spese di vettura non valgono a compensarli della perdita di tempo per il percorso delle distanze e ciò anche nei grandi centri con larga zona di periferia.

Preso in esame l'argomento, la Commissione ritiene che le visite non sieno da pagarsi, ma che possa raccomandarsi all'amministrazione di corrispondere nel caso di cui al combinato disposto dei cennati articoli di regolamento, un qualche compenso per quelle maggiori prestazioni, se ciò può costituire un eccitamento per la cura degli agenti infermi dimoranti nelle surriferite località.

II. — *Sugli articoli 27 e 30 del regolamento sul Servizio sanitario.* — Per l'art. 27 del regolamento sul Servizio sanitario i medici di riparto nei grandi centri, che sono stabiliti dal Direttore generale, hanno l'obbligo di tener un'ora al giorno di *ambulatorio gratuito* nel luogo e secondo l'orario da indicarsi dal Capo Servizio. Durante l'ambulatorio i medici, oltre a provvedere agli agenti del loro riparto sono tenuti a prestare le prime immediate cure in tutti i casi di accidenti derivati dal servizio ferroviario che si verifichino anche ad estranei o ad agenti di altri riparti.

Inoltre, giusta l'art. 30 dello stesso regolamento, ai medici dei su indicati centri può essere imposta giornalmente oltre l'ora di ambulatorio gratuito, *un'ora di guardia,* il cui compenso è stabilito dal Consiglio d'amministrazione.

I medici di riparto hanno lamentato che gli ambulatori (di cui all'art. 27) si sono quasi trasformati in posti di pronto soccorso (di cui all'art. 30), e chiedono che questo ultimo servizio di guardia, che è compensato, venga più nettamente distinto dal servizio di ambulatorio, che è gratuito, e che l'ora di ambulatorio venga fatta in località stabilita non solo dal Capo Servizio ma concordata col sanitario e situata possibilmente nel riparto.

La Commissione, ritenuto che tali argomenti riflettono la tecnica dell'organizzazione, si astiene dal prendere deliberazioni in proposito, ma prega il Ministro di voler richiamare su di essi l'attenzione dell'Amministrazione delle Ferrovie dello Stato.

Adunanza di medici lombardi. — Il 9 corr., nel salone delle Associazioni scientifiche, ebbe luogo a Milano un'altra assemblea imponente di medici, allo scopo di continuare nell'opera di organizzazione della classe per la difesa interna e contro l'atteggiamento neutralista del locale Consiglio dell'Ordine, presieduto dal consigliere comunale dottor Angelo Filippetti, socialista ufficiale.

Fu comunicata all'adunanza la dimissione, da membri del Consiglio, del prof. Dentice e del dottor Carrobbio.

La discussione risultò assai animata e dette luogo ad una elevata affermazione delle aspirazioni e dei propositi patriottici dell'immensa maggioranza dei medici milanesi; vi parteciparono, sotto la presidenza del sen. Mangiagalli, i dottori Moretti, Villa, Vigevani, Riva, Cova, Cacciamali, Fiori ed altri.

Si procedette alla costituzione di un Comitato Promotore e venne approvato ad unanimità il seguente ordine del giorno:

« Quattrocento medici milanesi, oggi riuniti ed aderenti, hanno deliberato con affermazione solenne di promuovere in ogni modo la resistenza morale del paese, infrangibile come quella dei suoi valorosi combattenti sulle Alpi e sulle balze dirupate del Carso;

fanno voti perchè da parte del Governo e degli enti e specialmente nelle campagne siano prese sollecitamente tutte quelle provvidenze economiche sociali per risolvere il ponderato problema dell'avvenire;

confidano che il pensiero della classe medica sia tenuto nella dovuta considerazione in ogni questione sanitaria ed affidano intanto al Comitato promotore l'incarico di organizzare l'azione collettiva dei medici delle città e delle campagne e si impegnano fin da ora a portare tutto il loro contributo morale e materiale all'opera del Comitato stesso ».

Ordine dei medici della Provincia di Siena. — Nell'assemblea generale del giorno 2 corrente giugno l'Ordine dei Medici di Siena e della Provincia ha riconfermato a voti unanimi il biasimo all'onorevole Brunelli per il suo contegno antipatriottico in antitesi con quello dei Medici Senesi e degli altri Ordini, dichiarandolo incompatibile nell'ufficio di Rappresentante del Consiglio superiore di Sanità degli Ordini dei medici.

L'Ordine stesso ha poi accettate le dimissioni del Consiglio di Presidenza, ed ha nominata una Commissione direttiva provvisoria fino a che non saranno permesse dal Governo le elezioni generali.

La Commissione è stata così costituita: Professor D. Barducci, Presidente; Prof. V. Patella, Vice-Presidente; Dott. C. Bruchi, Segretario-Cassiere.

MEDICINA SOCIALE.

Convegno fra i cultori di medicina sociale.

Promosso da una commissione composta dei professori Tamburini, Devoto, Ottolenghi, Sanarelli e A. Ranelletti, ha avuto luogo il 10 giugno, in Roma; nell'aula dell'Istituto d'igiene della regia Università, un convegno a cui parteciparono i più noti e più autorevoli studiosi di medicina sociale e branche affini, per trattare problemi di grande attualità, quali le Assicurazioni sociali, la Legge per la protezione e assistenza agli invalidi della guerra, la Vigilanza igienico-sanitaria sul lavoro, il Ripristino e lo sviluppo della nostra legislazione del lavoro nel dopo guerra, l'Insegnamento dell'igiene del lavoro nelle scuole professionali, ecc.

Dopo un applaudito discorso del prof. Tamburini e dopo la comunicazione fatta dal prof. Ranelletti di molte adesioni da parte di medici impediti di intervenire, la maggior parte, pel servizio militare, si passò alla discussione delle brevi relazioni presentate dai proff. Devoto, Ottolenghi, Ranelletti, Ferrannini, cui parteciparono i proff. Monti, Fabbri, Giglioli, Loriga, Bernacchi, Tropeano, Sanarelli, Perrando, Terni, Rubino, Sforza, Mori, Pieraccini, Carozzi, Allaria ed altri. E vennero approvati i seguenti ordini del giorno:

1. — *Per le assicurazioni sociali*:

«I cultori italiani degli studi di medicina sociale e branche affini, riaffermando i voti espressi ripetutamente in tanti loro Congressi dal 1906 in poi;

invocano dallo Stato la creazione, per l'immediato dopo guerra, degli Istituti sociali obbligatori contro le malattie, la invalidità e la vecchiaia dei lavoratori e dei più modesti impiegati, con il triplice contributo dello Stato, dell'operaio e del padrone o di chi lo rappresenta, o in sua mancanza, del Comune» (prof. Luigi Devoto).

2. — *Sull'assicurazione contro gli infortuni dei lavoratori della terra*:

«Il Convegno... fa voti:

1. Che i lavoratori della terra abbiano a godere sollecitamente di una legge sull'Assicurazione degli infortuni sul lavoro, ed in questo senso si augura che il progetto governativo attualmente davanti al Senato, sanzioni di fatto questo principio;

2. Che il progetto sopra citato, che si riferisce unicamente ai compensi economici fra gli invalidi (parziali o totali), sia completato con l'aggiunta della protezione igienico-sociale e della cura delle lesioni da infortuni, quest'ultima estesa a tutte le più moderne e provvide disposizioni medico-sociali che furono sanzionate per gli invalidi della guerra» (prof. Gaetano Pieraccini, prof. Luigi Bernacchi).

3. — *Per l'assistenza medico-legale degli invalidi della guerra*:

«Il Convegno...

considerando che la nuova legge che istituisce «L'Opera nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi della guerra», prospetta nuovi campi di applicazione delle attività mediche, oltre che nei riguardi delle malattie del lavoro e dell'infortunistica, nei riguardi delle più provvide applicazioni medico-legali e sociali;

considerando che l'assistenza medico-legale degli infortunati, sia della guerra, che del lavoro, si impone in base ai più vivi interessi economici e morali del paese;

fa voti che questa assistenza, perchè riesca realmente provvida e prevenga le gravi, disastrose manchevolezze verificatesi nell'assistenza medico-legale infortunistica, venga organizzata secondo rigorosi criteri tecnici ed etici e affidata a cultori delle diverse specialità e, come di legge, a medici specialmente esperti nella medicina legale» (prof. Salvatore Ottolenghi).

4. —*Per la vigilanza igienico-sanitaria sul lavoro.*

«Il Convegno;

riaffermando la necessità che per una più razionale vigilanza igienico-sanitaria sul lavoro, sia chiamato a fianco del personale tecnico anche personale medico, allo scopo di prevenire nel miglior modo le malattie in rapporto diretto o indiretto col lavoro, e quindi non soltanto quelle strettamente professionali, ma anche quelle malattie comuni che ripetono dal lavoro il fattore determinante principale;

plaude al Ministero della Guerra, Sottosegretariato armi e munizioni, che va attuando una speciale sorveglianza igienico-sanitaria a tutela delle nostre maestranze degli Stabilimenti Ausiliari, chiamando il medico a cooperare col Comitato Centrale e coi Comitati Regionali di mobilitazione industriale;

e fa voti che questa speciale vigilanza, oggi limitata alle industrie delle armi e munizioni, non cessi col cessare della guerra, ma segni il primo passo verso quella più larga e razionale vigilanza igienico-sanitaria su tutto il lavoro in genere, quale sarà maggiormente richiesta dalla più larga attività industriale cui il Paese è chiamato pel dopo guerra». (Prof. Aristide Ranelletti).

5. — *Per l'insegnamento dell'igiene generale e dell'igiene del lavoro.*

«Il Convegno;

considerando che l'educazione igienica dei lavoratori e degli industriali è base indispensabile per una efficace applicazione delle leggi sull'igiene del lavoro;

fa voti che sia sempre più affermato l'insegnamento dell'igiene nelle scuole popolari e medie, e che specialmente nelle scuole professionali, le quali debbono preparare le nostre maestranze a favorire in tutti i campi possibili, l'indipendenza industriale ed economica del paese, sia istituito, accanto all'insegnamento tecnico-industriale, anche quello dell'igiene generale e di quello speciale per le singole industrie, affidando tale insegnamento a medici competenti, con mezzi opportuni e tempo appropriato, e che gli istituti scientifici rivolgano la loro attività ai fini della medicina sociale, dando particolare sviluppo alla fisiologia, alla patologia e all'igiene del lavoro». (Proff. Ferrannini, Ranelletti e Monti).

6. — *Per il ripristino e lo sviluppo della nostra legislazione del lavoro nel dopo guerra.*

«Il Convegno;

fa voti per il ripristino e la stretta osservanza delle nostre leggi sanitarie e sociali ed augura che sia ripreso lo sviluppo della legislazione sociale, e raccomanda che la lotta antimalarica ed antitubercolare sieno condotte con rinnovata energia». (Prof. Luigi Devoto).

7. — *Per incoraggiare il ritorno al lavoro agli invalidi della guerra.*

«Il Convegno;

fa voti che sieno stabiliti premi di incoraggiamento per quegli invalidi pensionati che, più volenterosi, ritornano al lavoro, concorrendo così alla reintegrazione della produttività nazionale». (Prof. Guido Giglioli).

Viene deliberato un voto di plauso al Comune di Milano per la istituzione della Clinica del Lavoro e per la istituenda Scuola di Fisiologia Sociale.

Il prof. Devoto, constatata la felice riuscita di questo Convegno, del quale i convenuti invocano la ripetizione frequente, propone che la Società Italiana di Medicina Sociale di cui si gettarono le basi a Firenze nel 1914, e che per ragioni evidenti non potè iniziare i suoi lavori prima d'ora, si consideri sin da oggi vivente ed attiva. L'assemblea con voto unanime aderisce alla proposta e costituisce il primo Consiglio di Presidenza nelle persone dei proff. Devoto, Giglioli, Mori, Pieraccini, Ranelletti e Tamburini, che provvederanno alla organizzazione di altri Convegni. Questa Commissione presenterà i vari ordini del giorno ai ministri competenti.

Per la lotta contro la tubercolosi.

L'istituzione dell'Ufficio centrale antitubercolare in Roma.

Il Comitato Romano della Lega Nazionale contro la tubercolosi presieduto dal prof. Tamburini ha recentemente deliberato l'istituzione di un *Ufficio centrale antitubercolare permanente* in Roma, coll'intento di coordinare l'azione delle varie Istituzioni che concorrono alla lotta antitubercolare, specialmente coi Dispensari, di raccogliere dai vari Enti le segnalazioni dei casi di tubercolosi, provvedere all'inchiesta domiciliare sulle rispettive famiglie e provocare dalle varie Istituzioni i provvedimenti relativi di assistenza e difesa igienica e sociale, controllandone l'esecuzione e l'efficacia e mantenere viva la propaganda antitubercolare. Alla direzione di questo importante Ufficio il Comitato ha chiamato l'egregio dott. Ugo Mariotti, già Ispettore Capo Municipale per le malattie infettive, il quale, uomo di energia e di fede, dedicandovi tutta la valida opera sua, dà piena garanzia che il nuovo Ufficio contribuirà efficacemente, in modo fattivo, alla lotta antitubercolare in Roma.

L'Ufficio è stato costituito fino dai primi di giugno e ha già cominciato a funzionare, mettendosi in immediato rapporto colle Autorità Sanitarie Governative e Municipali, colle Direzioni dei Dispensari e colle altre Istituzioni antitubercolari di Roma.

La nuova Istituzione è stata accolta con plauso e favore dalla Direzione Generale di Sanità, dall'Ufficio d'Igiene Municipale, dalla Presidenza della Croce Rossa e dalla Presidenza della Lega Nazionale contro la tubercolosi, che le hanno assicurato tutto il loro appoggio.

Deliberazioni della Lega Nazionale Italiana contro la tubercolosi.

Il 31 maggio scorso si è riunita la Giunta Esecutiva della Lega Nazionale Italiana contro la tubercolosi. Erano presenti il Presidente S. E. Comandini, i Vice-Presidenti comm. Magaldi e prof. Tamburini, i senatori Marchiafava e Della Somaglia, i generali Ferrero di Cavallerleone e Calcagno, i proff. Ranelletti, Gualdi e Sforza.

S. E. Comandini illustrò ampiamente il programma di lotta antitubercolare già a conoscenza dei componenti la Giunta esecutiva, e questa, dopo ampia e interessante discussione, alla quale hanno partecipato tutti i convenuti, ha incaricato il commendator Magaldi e il prof. Ranelletti della preparazione di un progetto per l'attuazione pratica di detto programma, da presentare al Governo, basato sulla necessità dell'obbligatorietà dell'assicurazione contro le malattie, sulla istituzione di Sanatori provinciali, di Dispensari comunali, di Colonie permanenti per i figli di tubercolosi, di Scuole all'aperto, di Colonie estive, ecc.

Inoltre la Giunta Esecutiva, presa conoscenza della deliberazione del Comitato Romano della Lega Nazionale per la creazione di un *Ufficio permanente Centrale Antitubercolare,* deliberò di elargire a questo nuovo organo di lotta antitubercolare la somma di L. 2000.

CONDOTTE E CONCORSI.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 3722:

Il collega si troverebbe già nelle condizioni di venir promosso, per la sua anzianità, però *appartenendo alla riserva* occorre una proposta delle autorità da cui dipende, *per distinzione speciale.* Art. 5. Circolare 752. G. M. 1916.

All'abb. n. 4923:

Nulla da fare perchè il parere della commissione cui accenna il collega, e che ha rigettato il suo ricorso, è inappellabile.

All'abb. n. 8580:

L'appartenere alla milizia territoriale non vieta affatto di concorrere alla nomina ad ufficiale effettivo, e la risposta riferita non può essere del Ministero, il quale ha sempre provveduto all'atto della nomina ad effettivi a trasferire prima nel ruolo di complemento i concorrenti che appartenevano alla milizia territoriale.

Al dott. A. R. da V.:

Come già si è detto altre volte, occorre che venga proposto dalla *Autorità prefettizia.*

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni, si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

NOTIZIE DIVERSE

I professori Ascoli, Schupfer e Lucatello alle cattedre di Baccelli, di Grocco e di De Giovanni.

Il Consiglio Superiore della pubblica istruzione nell'adunanza del 12 corr., accogliendo le proposte delle Facoltà mediche di Roma, di Firenze e di Padova, ha dato parere favorevole alle nomine dei professori Vittorio Ascoli, Ferruccio Schupfer e Luigi Lucatello alle Cattedre di clinica medica di Roma, Firenze e Padova.

Ricompense al valore pel terremoto 1915.

Con recente supplemento al « Bollettino Ufficiale » del 24 maggio u. s., sono stati pubblicati gli elenchi delle medaglie al valore concesse ai benemeriti che si distinsero in occasione del terremoto 13 gennaio 1915.

Lo scambio dei prigionieri tubercolotici.

Per un accordo intervenuto in questi ultimi giorni fra le Commissioni della Croce Rossa di Roma e di Vienna, in base alla quarta Convenzione dell'Aia, tutti i prigionieri affetti da tubercolosi, in qualunque stadio si trovi l'affezione, saranno restituiti tanto dall'Italia che dall'Austria.

Medici americani in Europa.

Notizie da Zurigo recano che il presidente degli Stati Uniti, Wilson, intervenuto ad un'assemblea di medici, pronunziò un vibrante discorso e rivolse l'invito a tutti i sanitari liberi, di recarsi in Europa a prestare la loro opera sui campi di battaglia.

L'invito verrebbe largamente accolto.

La malaria al Consiglio Comunale di Roma.

A proposito dell'esperimento di profilassi antimalarica iniziato in una zona dell'Agro Romano dal prof. Fermi — sull'esempio delle campagne già attuate con successo ad Alghero e Terranova Pausania, in Sardegna — il sen. Marchiafava ebbe a richiamare, in seno al Consiglio comunale di Roma, la necessità di provvedere anche alla profilassi chininica e propose l'istituzione di ospedaletti da campo presso ogni medico condotto, per le cure più urgenti nei casi di febbre malarica.

Il consigliere Mortara lamentò la scarsezza delle vie di comunicazione, la quale si ripercuote anche sulla profilassi antimalarica.

Parlarono inoltre i consiglieri Apolloni, Cavalieri, Scaduto, Lanciani. L'assessore per l'igiene, Roselli, nella sua replica, rivendicò all'Ufficio d'Igiene la campagna profilattica per mezzo del chinino. Rilevò che oggi nell'Agro la malaria è ridotta a minime proporzioni. Lamentò tuttavia la resistenza opposta da molti proprietari alle misure profilattiche. Circa i mezzi di trasporto, osservò che oggi vi sono parecchi medici interini, poichè molti medici titolari sono in guerra; l'interino, oltre ad essere precario, non ha che lire 16 al giorno, e non potrebbe acquistare e mantenere un mezzo di trasporto idoneo.

Il pro-sindaco Galassi assunse l'impegno che si tornerà ad esaminare la grave questione in una seduta speciale, appena sarà possibile.

Non prescrivete la glicerina!

L'ufficio tecnico militare Toluolo-Benzolo-Glicerina ha diretto a tutti gli Ordini dei medici la seguente circolare, che il patriottismo dei medici farà certo osservare:

« Premesso che i supremi interessi della difesa nazionale impongono che la massima quantità di glicerina sia riservata per la preparazione degli esplosivi, pregiomi far presente che sarebbe molto utile che nelle prescrizioni di glicerina i signori medici si limitassero ai casi speciali nei quali l'uso di detta sostanza sia necessario o addirittura insostituibile ».

Il Convegno Nazionale delle Cooperative Agricole per gli infortuni dei contadini.

Il Convegno delle Cooperative Agricole, adunatosi in Bologna il giorno 3 corrente, insieme con la Commissione Nazionale per le stesse Cooperative, ha approvato all'unanimità il seguente ordine del giorno per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni dell'agricoltura:

« Il Convegno delle Cooperative Agricole ricorda gli impegni solenni assunti dal Governo in materia di assicurazioni sociali, e sovratutto per l'assicurazione degli infortuni in agricoltura, e ripete il voto che, facendo perno sulla Cassa Nazionale Infortuni, si promulghi sollecitamente un provvedimento che è reclamato da ragioni di equità sociale e dal ben inteso interesse collettivo ».

Onorificenza.

Il prof. Francesco Ghilarducci, della R. Università di Roma, è stato insignito della Croce di Cavaliere della Corona d'Italia. Rallegramenti.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, resp.